Nr. 40. 30. września 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

W. LILPOP i S. CZUBALSKI. Warszawa.

Wyniki stosowania próby fenol-sulfo-ftaleinowej (P. S. P.) do badania sprawności nerek i ustalenia rokowania operacyjnego.

Z oddziału Chirurgiczno-Urolog. Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie
Ordynator: Dr. med. I. Kiełkiewicz.

W ostatnich kilku latach dzięki francuskiej szkole urologicznej wyrosła bardzo obszerna literatura, dotycząca próby fenol-sulfo-ftaleinowej, zastosowanej do badania sprawności nerek. W obecnej chwili kwestja wartości naukowej i praktycznej próby tej nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta, przeciwnie wywołuje bardzo żywe spory, co szczególniej ujawniło się na ostatnim Zjeździe Międzynarodowego Towarzystwa Urologicznego w Brukselli w sierpniu 1927 r. Sami urolodzy francuscy podzielili się wyraźnie na dwa obozy: gorących propagatorów i zwolenników metody oraz równie gorących i bezwzględnych krytyków tejże, namiętnie zwalczających przeciwny kierunek. Do pierwszych należy Marion ze swoją szkołą, Bazy, Wolfromm i inni, — do drugich Legueu, Chevassu, Chabanier, Papin etc.

Od r. 1925 stosowaliśmy na oddziale chirurgiczno-urologicznym w szpitalu Przemienienia Pańskiego w sposób mniej lub więcej systematyczny powyższą metodę; niestety początkowo nie wszystkie przypadki dokładnie odnotowywano, tak, że obecny materjał, na który możemy się powołać jest stosunkowo szczupły, jakkolwiek operując tą metodą przez zgórą dwa lata, zdobyliśmy pewien zasób doświadczenia i wyrobiliśmy sobie pogląd na wartość jej zastosowania na materjale około 200 chorych.

Metoda sama nie tyle nowa, ile odnowiona: podali ją pierwsi Rowntree i Geraghty w 1910 r. i w Ameryce od tego czasu stosowano ją stale. We Francji początkowo stosowana przez internistów, dopiero w r. 1920 wypłynęła na światło dzienne i stała się odrazu kwestją dnia, dzięki szkole Marion'a, który dużą pracę włożył w badanie i naukowe pogłębienie metody w zastosowaniu jej do chirurgji dróg moczowych. Pierwszy Tardo opracował podstawy naukowe próby ftaleinowej, inni zaś, jak Negro, Blanc, Colombet, Bardon, Lévy, podali bardzo dokładne metody zastosowania praktycznego oraz wyniki na ogromnym materjale chorych. Uderzające jest, że w interpretacji tych propagatorów próby P. S. P. daje ona wyniki bezzawodne we wszystkich przypadkach w sensie ustalania rokowania operacyjnego. Przeciwnie zaś, krytycy próby, a więc przedewszystkiem szkoła Legueu, znajduje w niej liczne usterki i twierdzi, że polegać na niej zupełnie nie można, w wielu bowiem przypadkach całkowicie zawodzi.

Jak wiadomo, próba polega na wstrzyknięciu do żyły 6 mg fenol-sulfo-ftaleiny po uprzedniem opróżnieniu pęcherza moczowego; zebrawszy mocz po 70 min. określa się ilość wydzielanego barwika za pomocą kolorymetru, którego stopniowanie natężenia barwy oblicza się w odsetkach od 10% do 70%. Normalne nerki powinny wydzielić ca. 65% — minimum 45 — 50%; jeśli badanie przeprowadza się na każdej nerce osobno (po wprowadzeniu cewników moczowodowych) to odsetek dla każdej nerki wynosić będzie 25 — 30%. Chodzi teraz o to, czy i w jakim stopniu metody badania czynności nerek zapomocą barwników odpowiadają celowi, to jest czy mogą określić stopień wydolności nerki.

Można przyjąć, jak obecnie ostatecznie ustalono, że w celu badania czynności nerek trzeba różniczkować między grupą ciał wydzielanych zbędnych lub nawet niebezpiecznych dla ustroju i grupą ciał pożytecznych, potrzebnych dla życia komórkowego.

Pierwsza grupa wydziela się całkowicie przez nerki w miarę jak przez nie przechodzi — za prototyp jej należy uważać mocznik. Druga zaś, t. j. grupa ciał potrzebnych dla ustroju, zostaje wydzielana przez nerki do pewnych granic; do ciał tych zaliczamy chlorki, glukozę i t. p.

Otóż ciała barwikowe nie są ciałami niezbędnemi dla życia komórkowego, podlegają więc prawom wydzielniczym narówni z mocznikiem, zatem wydzielanie ich ulega zaburzeniom wówczas, gdy mamy do czynienia ze zmianami nerek, będącemi w stanie wpłynąć ujemnie na zdolność wydzielniczą nerek w stosunku do mocznika. Przeciwnie, wydzielanie barwików pozostaje niezmienione lub nawet zwiększa się w przypadkach, kiedy cierpienie nerki nie uszkadza filtru nerkowego lub nawet czyni go bardziej przepuszczalnym dla mocznika, jak to bywa w białkomoczu prostym, w cierpieniach nerek z zatrzymaniem chlorków i z obrzękami, w których stężenie mocznika nieraz przekracza 30 na 1000.

Jednem słowem można twierdzić, że prawa wydzielania mocznika i barwników, a więc i fenol-sulfo-ftaleiny, są jeśli nie te same, to bardzo zbliżone. Ponieważ zaś określenie barwnika wogóle, a w szczególności P. S. P. w moczu zapomocą kolorymetru jest bardzo proste, znana zaś jest ściśle ilość wprowadzona do krwi, czego nie można powiedzieć o moczniku, zdawałoby się więc, że metoda ta, teoretycznie usprawiedliwiona, powinnaby praktycznie okazać się bardzo pożyteczną.

Wiemy, że istnieją stany, w których zawartość mocznika w moczu nie odpowiada faktycznej wydolności nerki w kierunku wydzielania mocznika, a więc przy zwiększonej zawartości mocznika we krwi mamy nieraz znaczne stężenie mocznika w moczu, pomimo rzeczywistej niedomogi nerek (azotaemia).

Przeciwnie w zupełnie normalnym stanie nerek możemy nieraz otrzymać b. słabe stężenie mocznika w moczu wskutek słabej zawartości azotu we krwi (naczczo, djeta bezazotowa) lub czasowego nadmiernego moczenia (polyuria). Otrzymane w takich stanach wyniki po cewnikowaniu nerek i analizie chemicznej moczu mogą doprowadzić do zupełnie fałszywych wniosków, gdyż jak widzimy w wyjątkowych stanach — jednak nie tak znów rzadkich — dobre nerki mogą dawać słabe stężenia mocznika, wyraźnie zaś chore — silne stężenia, zachęcające do wykonania na nich zabiegu. Stany te francuzi określają jako *„faux débits uréiques — fałszywe cyfry mocznika.* Istnienie ich usprawiedliwia poszukiwanie metody, na którąby stany powyższe nie miały wpływu.

Taką właśnie metodą badania nerek jest próba P. S. P. według jej zwolenników. Na ilość wydzielonego przez nerki barwnika nie wpływa stan nasycenia krwi mocznikiem, ani też stan nadmiernego moczenia: wydolność wydzielnicza nerki odgrywa tu główną rolę i cyfra wydzielonego po 70 min. barwnika odbija stan nerki lub nerek. Jedynie tylko zaburzenia w krążeniu wpływają na obniżenie odsetka wydzielanego barwnika nawet w znacznym stopniu, szczególniej tam, gdzie mamy do czynienia z objawami zastoinowemi na tle niedomogi mięśnia sercowego; ale tego nie można nazwać wadą metody, gdyż w tych stanach wszelkie zabiegi są przeciwwskazane. Co się tyczy wskazań operacyjnych na podstawie wydzielania ftaleiny, to autorzy, którzy nad tem pracowali, podają cyfry następujące: dla chorych na przerost gruczołu krokowego cyfra P. S. P. w 70' nie powinna być niższa od 45%, wyjątkowo przy ciśnieniach powyżej 170 mm (Pachon) można kontentować się cyfrą 40%, gdyż tu w grę wchodzą zaburzenia w krążeniu (miażdżyca naczyń nerkowych), co przez zwolnienie obiegu może wpłynąć na obniżenie cyfry P. S. P. Przy niższych odsetkach P. S. P. należy bezwzględnie operować dwuczasowo nawet przy normalnej ilości mocznika we krwi i po otwarciu pęcherza wyczekiwać, przeprowadzając systematycznie próby P. S. P., dopóki ta ostatnia nie dojdzie do pożądanej cyfry.

W razie zamierzonych zabiegów na nerkach należy kierować się względami następującemi. W schorzeniach jednostronnych dozowanie ftaleiny w moczu ogólnym powinno dać cyfrę około 50%, co pozwala przewidywać, że mamy do czynienia z jedną nerką zdrową w stanie przerostu wyrównawczego. Przeciwnie, spotykając cyfry 5% — 30% można przewidywać, że sprawą chorobową dotknięte są obie nerki. Jeśli będziemy zbierać mocz z każdej nerki osobno zapomocą cewników moczowodowych, to z odsetek P. S. P., otrzymanych dla każdej nerki, możemy wnioskować o stanie jej uszkodzenia, względnie zdolności do przerostu wyrównawczego; w przypadkach nadających się do zabiegów operacyjnych suma czynności obu nerek określonych zapomocą barwnika powinna równie trzymać się granicy 50%. Tutaj właśnie zwolennicy P. S. P. podnoszą nadzwyczajną czułość i wrażliwość próby, która niemal z matematyczną ścisłością pozwala wnioskować o stanie poszczególnej nerki. Np. w jednostronnej gruźlicy, otrzymawszy cyfry 12 dla chorej 38 dla zdrowej nerki, możemy wnioskować, że zdrowa nerka, w miarę utraty czynności wydzielniczej przez chorą, pokrywa stopniowo te braki dla całości ustroju, a zatem jest w stanie przerostu wyrównawczego, i po ewentualnem usunięciu nerki chorej całkowicie zdolna jest przejąć jej funkcję i w krótkim czasie sama jedna będzie dawać cyfrę 50% P. S. P. Takie są zapatrywania zwolenników i propagatorów metody badania czynności

nerek zpomocą fenol-sulfo-ftaleiny; dodać należy, że wszyscy ci autorzy, otrzymują wyniki jednakowe i, można rzec niezawodne. Pozatem, ponieważ we Francji powszechnie używane jest określanie wskaźnika Ambard'a (constante), wielu urologów, stosując obie metody jednocześnie, dochodzi do wniosku, że P. S. P. jest w wielu przypadkach czulsza niż wskaźnik Ambard'a, który nieraz daje wskazówki zawodne.

Inaczej zapatrują się przeciwnicy metody, którzy znów dziwnym zbiegiem okoliczności często otrzymują wyniki bardzo niewspółmierne z wskazówkami jakie daje próba P. S. P.

Jakież zarzuty stawiają oni metodzie badania zapomocą ftaleiny?

A więc przedewszystkiem, że na cyfrę wydzielania barwnika wpływa nietylko stan nerek, ale i stan innych narządów i to nietylko narządów krążenia, ale i wątroby, a prawdopodobnie i wielu innych. Próba P. S. P. odbija raczej ogólny stan organizmu, niż stan samych nerek, gdyż okazało się np., że podniesienie t° wpływa na obniżenie odsetka wydzielanego barwnika. Jest to niewątpliwie wadą metody, gdyż w urologji chodzi przedewszystkiem o określenie wartości nerek, a nie wartości innych narządów. Pomówimy w dalszym ciągu w jakim stopniu ma to znaczenie dla ustalenia rokowania w operacji usunięcia gruczołu krokowego. Nie mniejszą wadą próby P. S. P. jest sama metoda kolorymetryczna, która zasadniczo przecież jest aproksymatywem. Mniej lub więcej intensywne własne zabarwienie moczu (zawartość większej ilości barwników moczowych lub domieszka krwi) może wpłynąć na błędną ocenę ilości P. S. P. Żeby być ścisłym, trzebaby z każdego moczu sporządzać ad hoc próbki porównawcze dla kolorymetru, co już bardzo wikła metodę. Kolorymetry pozatem z czasem ulegają spłowieniu pod wpływem światła, co wymaga częstego ich kontrolowania i wymiany. Wreszcie sama technika wstrzykiwania dożylnie małej ilości barwnika (1 cm) może doprowadzić do grubszych omyłek, trzeba bowiem pamiętać, że 10—15% wydzielonego barwnika in minus może stanowić o decyzji odmówienia choremu operacji, a jest to równowartość 3—4 kropli barwnika, które łatwo utracić w czasie zastrzykiwania.

Ostatnio też zalecają wstrzykiwania w większem rozcieńczeniu (6 mg w 4 cm wody) i jest to racjonalne, bowiem omyłki przy tem są czterokrotnie mniejsze.

Przechodząc teraz do wyników, przez nas otrzymanych, pragnę zaznaczyć, że staraliśmy się w miarę środków ściśle dawkować ftaleinę, wstrzykiwaliśmy zawsze dożylnie, w rozcieńczeniu 6 mg w 1 cm³ nie mogąc dostać ampułek w nowem rozcieńczeniu (0,006/4,0); używaliśmy kolorymetru Bruneau, który jest powszechnie zalecany i bardzo praktyczny, i rzeczywiście podnieść trzeba, jako wielką zaletę próby fakt, że technika samego określenia zawartości barwnika w moczu jest nader nieskomplikowana i szybka w wykonaniu.

Rozpatrując załączoną tu naszą statystykę badań w przeroście gruczołu krokowego (tabl. 1), stwierdzić musimy, że w 13 przypadkach na 26 mamy cyfry P. S. P. niskie, poniżej zalecanej cyfry 45%, uważanej za minimum, kwalifikujące do zabiegu. Z tych w 4 do prostatektomji nie doszło, gdyż 2 zmarło po wstępnem nałożeniu przetoki nadłonowej, jeden wypisał się z przetoką na stałe (rak), jeden bez operacji. W pozostałych jednak 9 przypadkach wszyscy mieli usunięty gruczoł krokowy, z nich 6 dwuczasowo, 3 w jedynym zabiegu i wszyscy wyzdrowieli. Niektórzy, jak Nr. 2, 3, 14 mieli cyfry P. S. P. bliskie 0, to znaczy, że barwnik po 70 mm wcale nie pokazywał się w moczu. O jakiejś omyłce technicznej nie może być mowy, gdyż wszystkim kilkakrotnie wykonywano próbę, operowanym dwuczasowo — przed i w parę tygodni po nałożeniu przetoki nadłonowej — i zawsze próba wypadała jednakowo. Jeden z chorych (Nr. 14), któremu w czasie leczenia 4-krotnie wykonano próbę z P. S. P. z wynikiem 0, zgłosił się do nas w rok po wypisaniu się z oddziału i ponowna próba dała znowu cyfrę 0. Pacjent ten więc był zdrów mniej więcej (mocz mętny, zaleganie do 150,0), pracował, odżywiał się normalnie — pomimo tak niskiego odsetka wydzielanej ftaleiny. Z liczby tych trzech chorych, tylko u jednego z nich (Nr. 2) niskie cyfry wydzielanej ftaleiny wiązać można było z niedomogą wątroby, która była wyraźnie zwiększona, występująca o trzy palce z pod łuku, jakkolwiek chory z tego powodu dolegliwości nie doznawał. Dwaj pozostali (Nr. 3 i 14) to byli typowi chorzy z zanikowemi zmianami nerek, wskutek rozciągnięcia całego „drzewa moczowego" (urinaires distendus).

Chorzy Nr. 7 i 9 również z bardzo niskiemi cyframi P. S. P. — 5—20% byli operowani dwuczasowo z zupełnie dobrym wynikiem; zaznaczyć trzeba, że pierwszy z nich (Nr. 7), operowany dwuczasowo, przed pierwszym zabiegiem miał 5%, przed drugim 20% barwika w moczu, pomimo to zagoił się łatwo i w terminie przeciętnie normalnym (8 tygodni), co nie jest długo, jeśli wziąć pod uwagę, że po nałożeniu przetoki nadłonowej czekał na doszczętny zabieg 5 tygodni z powodu znacznego odsetka mocznika we krwi (1,76‰).

Drugi chory natomiast (Nr. 9) operowany dwuczasowo przy ftaleinie 10% jakkolwiek również w końcu wyzdrowiał, jednak leczył się b. długo (6 miesięcy) z powodu licznych powikłań (paranephritis purul., orchoepididymitis purulenta, periurethritis fistulosa), z których każde wymagało zabiegu; miał wreszcie wtórnie zeszywaną przetokę nadłonową. Można oczywiście skłonność do powikłań kłaść na karb ogólnego złego stanu ustroju, czego wyrazem jest niski odsetek ftaleiny, niewątpliwie jednak miewamy nieprzewidziane powikłania u najzdrowszych osobników; z drugiej zaś strony, jak już podawaliśmy, inni chorzy z niskiemi cyframi P. S. P. goili się dobrze. Np. chory Nr. 25 z odsetkiem ftaleiny 25%, operowany jednoczasowo, zagoił się w 4 tygodnie, wiadomo zaś, że tylko w wyjątkowych przypadkach miewamy zagojenie w krótszym terminie — 10 chorych z cyframi ftaleiny normalnemi lub bliskiemi normy, 40—55%, operowani już to na jedno, już to na dwa tempa, w zależności od zawartości mocznika we krwi, zagoili się w normalnych terminach bez szczególnych powikłań. Trzeba przyznać, że wszyscy oni klinicznie robili wrażenie ludzi zdrowych, stan ogólny ich nie był szczególnie upośledzony z powodu chwilowego cierpienia, tak że należy stwierdzić, iż próba ftaleinowa słusznie wykazywała ich dobrą odporność. Niestety w dwóch przypadkach (Nr. 12 i 26) próba P. S. P. zawiodła; pierwszy z tych chorych z cyfrą P. S. P. 40% (nieco za niska) przy 0,46‰ mocznika we krwi, operowany jednoczasowo zmarł na trzeci dzień po zabiegu z oznakami wzmożonej azotemji (1,40‰); drugi chory z bardzo dobrą cyfrą ftaleiny (65%) przy niskiej cyfrze mocznika we krwi (0,15‰), wprawdzie kompleksji apoplektycznej, jednak robiący klinicznie dobre wrażenie, z zaleganiem 300,0, moczem aseptycznym, operowany również jednoczasowo, zmarł na 12 dzień po zabiegu przy objawach moczenia skąpego (150—200 moczu na dobę), jakkolwiek ilość mocznika we krwi po operacji nie była wysoka (0,46‰). U obu chorych dominowały objawy niedomogi mięśnia sercowego, co potwierdziła sekcja, która wykazała wysoki stopień jego zwyrodnienia oraz silnie wyrażone stwardnienie naczyń ośrodkowych i obwodowych. Drugi chory pozatem wykazywał stan septyczny z wysoką ciepłotą, szybko powstałą zgorzelinową odleżyną, suchym językiem i t. p.

Wogóle należy zadać sobie pytanie, czy jakakolwiek próba zdolna jest przewidzieć powikłania septyczne, lub nagły upadek czynności mięśnia sercowego, który przed zabiegiem klinicznie, zdawało się, był w niezłej równowadze. Niewątpliwe jednak mocznicowe objawy w pierwszym przypadku przemawiają silnie na niekorzyść próby P. S. P. Okolicznością łagodzącą jednak wyrok o metodzie badania ftaleiną jest może zbytnia pochopność, którą okazaliśmy w stosunku do pierwszego chorego, operując go jednoczasowo. Chory Nr. 12, jak okazało się z następstw niewątpliwie winien był być operowany dwuczasowo, a prawdopodobnie wtenczas wynik byłby dodatni. Wiadomo, że niektórzy chirurdzy stosują zasadę dwuczasowości operacji do wszystkich chorych z całkowitem zatrzymaniem moczu, niezależnie od stopnia zatrucia mocznikiem, i tego zapewne należało się trzymać i w tym przypadku. Ujemne strony dwuczasowego operowania jednak niejednokrotnie skłaniają w pozornie odpowiednich przypadkach do ryzyka jednoczasowości.

Przechodząc do oceny wartości próby P. S. P. w innych cierpieniach dróg moczowych, a szczególniej nerek (Tablica Nr. 2), musimy zaznaczyć, że przeważnie wykonywaliśmy ją z moczu ogólnego, posługując się jednocześnie w celu określenia czynności poszczególnych nerek próbą indygo-karminową, a przedewszystkiem badaniem porównawczem moczu z każdej nerki osobno. Z 15 przypadków operacyj nerkowych 9 wyzdrowiało, 6 zmarło. Z pośród 9 wyzdrowień w 7 przypadkach mieliśmy zupełnie dobrą ftaleinę z moczu ogólnego lub z nerki zdrowej, w 2 przypadkach zaś niedostateczną; Nr. 8 dawał cyfrę 35, skłonni jednak bylibyśmy przypuścić w tym przypadku omyłkę techiczną gdyż nie zgadzało się to ani ze stanem ogólnym, ani z próbą indygo-karminową, która wypadła doskonale, ani wreszcie z badaniem moczu z każdej nerki osobno, które dawało pozytywne wskazania operacyjne. Ciekawszy jest drugi przypadek (Nr. 3), który miał usuniętą prawą nerkę z powodu nadnerczaka przy b. lichym stanie ogólnym. Wyrazem tego była duża zawartość mocznika we krwi (1‰). P. S. P. 20, indygo-karmin dawał słabo zabarwione fale po 15 min. tylko z lewej nerki. Jeżeliśmy zdecydowali się mimo to na zabieg, to dlatego, że chory ten intensywnie i uporczywie krwawił i niczem nie można było tego krwawienia opanować. Po zabiegu mocznik krwi wzrósł do 1,37‰, objawy mocznicowe były jednak nieznaczne, i w stosunkowo niedługim czasie ustąpiły; mocznik krwi po 2 tygodniach spadł do 0,8‰, po 3 tygodniach do 0,33‰. Jednocześnie P. S. P. podniosła się do 25% po 3 tygodniach do 30%. Przypadek to oczywiście wyjątkowy i chyba tylko niezwykłej odporności organizmu należy zawdzięczać wyzdrowienie — trzeba bowiem

Tablica I Hypertrophia prostatae

Nr.	Nazw. i wiek		Mocznik krwi	PSP	Zabiegi	Wynik	Uwagi
1	Dum.	86	1·32—0·77	50	Cystostomia-Prostatectomia	zdrów	
2	Wójc.	64	2·0—0·7—0·38	5–5	„ „	„	zalega 100·0
3	Now.	69	0·8—1·0—0·89	5—5	„ „	„	zalega 150·0
4	Mieln.	64	0·66—0·44	50—60	„	„	
5	Past.	66	0·44	15	Cystostomia	zmarł po 8 dn.	niedomoga serca
6	Szewcz.	70	0·37	45	Prostatectomia	zdrów	
7	Wierzb.	53	1·76—0·9—0·8	5—20	Cystostomia-Prostatectomia	„	
8	Lelen.	71	0·77—0·32	55	„ „	„	
9	Pacz.	68	0 64	10	„ „	„	liczne powikłania leżał 6 miesięcy
10	Sokoł.	70	2·2—0·44	35	„ „	„	
11	Wróbl.	68	0·33	50	Prostatectomia	„	
12	Rozb.	78	0 46	40	„	zmarł	po 2 dniach azotemja 1·4
13	Król.	68	1·0	40	„	zdrów	
14	Salom.	67	1·4—0·9—0·76	0	Cystostomia-Prostatectomia	„	zalega 150 0
15	Dąbrow.	68	0·66	40	Prostatectomia	„	
16	Aporn.	64	0·40	:0	Cystostomia definitiva	poprawa	guz nie dał się wyłuszczyć (carcin. prostatae)
17	Wojciech.	62	0·70	35	Prostatectomia	zdrów	
18	Jeruzal.	65	0·68	50	„	„	
19	Gołęb.	70	1·0	0	Cystostomia	zmarł	
20	Jun.	72	1·1—0·3	40—40	Cystostomia-Prostatectomia	zdrów	
21	Gossel	68	0·50	35	Prostatectomia	„	
22	Kowal.	71	2 8	20	nie operowany	wypis bez zmiany	
23	Chodzic.	84	0·54	50	Prostatectomia	zdrów	
24	Obrem.	70	0·2	55			
25	Kon.	63	0·22	25	„	„	
26	Ryb.	64	0·15	65	„	zmarł	na 12 dzień przy objawach sepsis et oliguriae

Tablica II — Inne cierpienia dróg moczowych.

Nr.	Nazw. i wiek		Rozpoznanie	Mocznik krwi	PSP	Indigo-carmin prawa	Indigo-carmin lewa	Zabiegi	Wynik	Uwagi
						min.	min.			
1	Sad.	69	Nephritis chron.	2 ‰	5	—	—	—	pogorszenie	
2	Krym.	22	Post nephrectomiam sin. (tbc)	0 4	50	10	—	—	poprawa	Zaburzenia pęch. 2 lata po usunięciu nerki lewej.
3	Stok.	59	Hypernephroma renis dxt.	1·0–1·37–0·8—0·33	20—25—30	0	15	Nephrectomia dxt.	zdrów	
4	Rog.	38	Cystitis chr.	—	45	—	—	—	poprawa	
5	Zaw.	40	Nephrolithiasis dxt.	—	10	0	15	—	bez zmiany	
6	Ryk.	29	Tbc renis utr. Pyonephrosis dxt.	0 50—0 44	10	0	15	Nephrectomia dxt.	zmarł po 15 dn.	Tbc cavern. ren. sin. Tbc miliaris
7	Skór.	36	Tbc renis sin.	—	55	5	0	Nephrectomia sin.	zmarł	Tbc miliaris
8	Gniazd.	26	Tbc renis sin.	—	35	5	0	„ „	zdrów	
9	Tok.	40	Tbc renis utr.	0·3	30	0	20	—	poprawa	
10	Bratk.	10	Tbc renis sin.	0·44	60	5	0	Nephrectomia sin.	zdrów	
11	Now.	43	Tbc renis utr. pyonephrosis dxt.	1·44	0	0	0	Nephrectomia dxt.	zmarła	
12	Godl.	43	Nephrolithiasis bilat.	—	30	0	20	—	bez zmiany	
13	Frąc.	62	Pyelo cystitis	0·44	50	—	—	—	zdrów	
14	Szrot.	21	Ren. sin. duplex Pyonephrosis sin. part	0·3	55	8	8	Nephrectomia sin.	zdrowa	
15	Ros.	25	Pyonephrosis dxt.	0·4	40	0	7	Nephrectomia dxt.	zmarla	Adynamia cordis
16	Strzal.	25	Tbc renis sin.	0·33	55	8	—	Nephrectomia sin.	zdrowa	
17	Mias.	46	Pyonephrosis sin.	0·82	55	10	—	„ „	zdrowa	
18	Tab.	63	Nephrolith. bilat.	0·4	40	20 slabo	0	Nephrectomia sin.	zmarł	
19	Bud.	24	Calculus vesicae ur.	0·4	30	—	—	Cystotomia	zdrów	
20	Rem.	29	Pyonephrosis dxt.	0·33	65	0	7	—	bez zmiany	brak zgody
21	Kow.	56	Tbc renis dxt.	0·44	50	0	7	—	„ „	„ „
22	Perk.	65	Calc. vesicae ur.	0·9	0	—	—	—	„ „	
23	Chojn.	42	Tbc renis utr.	0·4	35	0	30	Nephrectomia d.	zmarła	
24	Was.	32	Tbc renis dxt.	0·22	55	0	8	Nephrectomia dxt.	zdrowa	
25	Ott.	39	Pyonephrosis bilat.	1·1	10	0	0	—	bez zmiany	
26	Sterw.	26	Tbc renis sin.	—	l. 20, pr. 50	10	—	Nephrectomia sin.	zdrowa	
27	Szel.	50	Pyelo-nephritis bilater. chron.	0·88	l. – 0, pr. 10	—	—	—	bez zmiany	
28	Osin.	43	Calculus renis sin.	0·4	50	6	—	Nephrectomia sin. Ext. calculi	zdrów	
29	Waler.	49	Cystitis chron.	—	50	—	—	—	poprawa	

jeszcze dodać, że chory ten przechodził kiłę i miał cukier w moczu! (odcukrzony przed zabiegiem miał później 3,3%, co również stopniowo ustąpiło).Chory ten dotychczas żyje (rok po zabiegu) ma jednak przerzuty w kręgosłupie.

W przypadkach z zejściem śmiertelnem Nr. 6, 11 i 23 dotyczyły dwustronnej gruźlicy nerek z jednostronnem roponerczem; jak wiadomo tego rodzaju przypadki można uważać za stracone, czasem jednak usunięcie roponercza poprawia na jakiś czas stan chorego. W tych przypadkach niska ftaleina 10,0, 35, dawała złe rokowanie i rzeczywiście wszystkie one skończyły się śmiercią. W przypadku Nr. 7, jednostronnej gruźlicy nerki, który pod każdym względem dawał dobre rokowanie, przy ftaleinie 55, nastąpiła śmierć po zabiegu przy objawach prosówki. Powikłania tego nie pozwalała przewidzieć żadna z dotychczasowych metod badania,

również i korzystny wynik próby P. S. P. nie zabezpiecza jak się okazuje przed nią. W pozostałych 2 przypadkach również mieliśmy zejście niepomyślne przy względnie niezłej ftaleinie (40). Chora Nr. 15, która wykazywała dobrą próbę indygo-karminową i korzystną analizę z podziału moczu, zmarła przy objawach niedomogi serca. Możnaby powiedzieć, że nieco za słaby odsetek ftaleiny (poniżej 50) nakazywał ostrożność pomimo dobrych wyników innych badań. W przypadku Nr. 18 dwustronnej kamicy próba indygo-karminowa wypadła za słabo po stronie lepszej i przy ftaleinie 40 widoki na powodzenie nie były pewne. Wypadło jednak operować z powodu roponercza gorszej strony, silnych bólów i wyniszczającego stanu gorączkowego. Śmierć nastąpiła przy objawach mocznicowych. Na zasadzie więc naszych doświadczeń na nerkach, możemy powiedzieć, że bądź co bądź bezpieczniej jest operować nerki przy próbie P. S. P. powyżej 50% z ogólnego moczu lub takiejże sumy, jeśli wykonujemy próbę na każdej nerce osobno.

Powodzenie operacji przy niższych cyfrach ftaleiny jest wyjątkowe i na nie liczyć niepodobna. Wydaje się, że zabieg na nerce, w szczególności usunięcie nerki, jest to dla organizmu poważny wstrząs, na który narażając ustrój, musimy mieć j a w n e dowody jego odporności; zaś na u t a j o n ą odporność mamy prawo liczyć tylko wtenczas, kiedy uboczne okoliczności np. krwawienie, bóle, wysoka ciepłota — podobnie jak w przypadku Nr. 3 — zmuszają nas do rozwiązania przypadku na drodze operacyjnej, pomimo faktycznych przeciwwskazań na zasadzie wykonanych prób. Co do porównania próby P. S. P. z próbą indygo-karminową musimy zaznaczyć, że prawie zawsze próby te wypadały zgodnie. Powiedzielibyśmy jednak, że próby obie wzajemnie kontrolują się i dopełniają. Jeśli bowiem przy próbie indygo-karminowej otrzymujemy niewielkie opóźnienie w ukazywaniu się barwnika lub wydaje się, że wytryski zabarwionych fal niedość są intenzywne, korzystny wynik próby P. S. P. rozstrzyga i decyduje pozytywnie do zabiegu. Np. w przypadku Nr. 17 (lewostronne roponercze) mamy dość wysoką cyfrę mocznika krwi (0,82) i nieco słabe indygo tylko ze zdrowej nerki po 10 min. u osobnika młodego — wahamy się więc z postawieniem rokowania operacyjnego. Wynik próby P. S. P. 55% — zachęca do zbagatelizowania tych niewielkich niedociągnięć, a już conajmniej do powtórzenia poprzednich badań. Rzeczywiście wynik operacyjny pomyślny.

Tyle co do próby P. S. P. w badaniu nerek z powodu projektowanych zabiegów na nich. Cóż można powiedzieć wogóle o próbie fenol-sulfo-ftaleinowej? Niewątpliwie stanowi ona postęp w rozwoju urologicznych metod badania. W krytyce jej skłonni bylibyśmy zająć stanowisko pośrednie między zapalonymi wyznawcami a przeciwnikami, odrzucającymi ją a limine. Z większą otuchą operować będziemy chorego na przerost gruczołu krokowego z cyfrą ftaleiny koło 50, co jest zawsze połączone z korzystnemi objawami klinicznemi, niż takiego, u którego wskutek zmian zanikowych nerek po tygodniach odprowadzenia moczu przez przetokę nadłonową nie można wyciągnąć cyfry ftaleiny ponad 20—30. Ale widzimy jednak, że i takich operować można z szansą powodzenia, zabezpieczywszy się nałożeniem przetoki nadłonowej i wyczekawszy poprawy stanu ogólnego, spadku mocznika krwi i odkażenia dróg moczowych. Uważamy, — że pierwszorzędne znaczenie ma przedewszyskiem ocena stanu ogólnego chorego, jego — że tak powiemy — kliniczna wartość, i tem zawsze na pierwszem miejscu kierować się będziemy. Nie wyobrażamy sobie też, żeby można było opierać się wyłącznie tylko na samej próbie P. S. P., przeciwnie należy wykonać wszystkie badania i z zespołu ich porównawczo wyciągnąć wnioski. Szczególniej w cierpieniach nerek najważniejszem kryterjum jest określenie czynności nerek na zasadzie badania porównawczego moczu z każdej nerki osobno, próby barwnikowe trzeba postawić na drugiem miejscu. Jednak w tych wypadkach kiedy z powodu posuniętych zmian zapalnych w pęcherzu niepodobna wprowadzić cewników do moczowodów, mamy oprócz indygo-karminu dla kontroli drugą jeszcze próbę, i ocena przypadku na zasadzie obu tych prób zawsze będzie kompletniejsza. Jak już zaznaczaliśmy przy zabiegach na nerkach szczególniej trzeba być ostrożnym, nieznaczne bowiem stosunkowo odchylenie P. S. P. od normy czyni zabieg ryzykownym. Przeciwnie przy zabiegu usunięcia gruczolaka stercza można być nieco liberalniejszym w stosunku do otrzymanej cyfry P. S. P., nieskończenie ważniejsze są wszystkie inne kryterja. To też tutaj zaprzeczamy wartości próby, gdyż tylko dodatni jej wynik będziemy mogli brać pod uwagę, niskie zaś jej cyfry nie będą wstrzymywać nas od zabiegu, który jak widzieliśmy, chorzy mogą znieść pod warunkiem zachowania wszystkich wiadomych środków ostrożności. Niską ftaleinę bowiem znajdujemy u chorych, którzy mają miesiącami trwające rozciągnięcie górnych dróg moczowych; w tych warunkach zmiany zanikowe miąższu nerkowego mają charakter definitywny i nic nie może poprawić zdolności koncentracyjnej tegoż miąższu. Oczywiście, że i próba P. S. P. musi wypadać stale ujemnie, jak to widzieliśmy u kilku naszych operowanych chorych, a szczególniej u chorego Nr. 14 tabl. I., który w rok po wykonanym zabiegu usunięcia gruczołu krokowego miał ftaleinę mniej więcej równą 0.

Reasumując wszystko, cośmy wyżej powiedzieli twierdzić możemy, że:

1) Próba P. S. P. w większości przypadków jest dobrym sprawdzianem stanu i odporności chorego.

2) Jest korzystnem dopełnieniem i kontrolą innych wykonywanych badań.

3) nie wymagając wziernikowania pęcherza może i powinna być stosowana zwłaszcza w przypadkach, gdzie jest ono utrudnione z powodu zupełnej nietolerancji pęcherza, lub przeciwwskazane. pozwala bowiem zgrubsza orjentować się co do stanu nerek;

4) jako zabieg prosty może być w każdych warunkach łatwo zastosowana.

A jednak:

1) niedostateczny wynik tej próby nie stanowi absolutnego przeciwwskazania do wykonania cięższych zabiegów na drogach moczowych, na niski bowiem jej odsetek wpłynąć mogą stany innych organów,

2) na samej tylko próbie P. S. P. opierać się niepodobna, wymaga ona porównania i kontroli stanu ogólnego i innych niezbędnych badań,

3) wymaga wielkiej skrupulatności w wykonaniu wstrzyknięcia dożylnego, dlatego też w razie wątpliwego wyniku należy ją powtórzyć,

4) wymaga zmiany kolorymetru przynajmniej raz do roku.

Wnioski powyższe, jakkolwiek oparte na niedostatecznym jeszcze materjale chorych, wydają nam się jednak logiczne, co, jak mamy nadzieję, dalsze badania nasze potwierdzą.

Piśmiennictwo.

1) T a r d o: L'epreuve de la phenol-sulfone-phtaleine en chirurgie urinaire. Journal d'Urologie T. XIII. Nr. 3. 1922. — 2) N e g r o et C o l o m b e t: Journal d'Urologie T. XIV. Nr. 6. 1922. T. XVI Nr. 1. 1923. T. XVI. Nr. 3. 1923. T. XVI. Nr. 5. 1923. — 3) L e v y et N e g r o: T. XIX. Nr. 3. 1925. — 4) P. B a z y: Journal d'Urologie T. XVI. Nr. 4. 1924. — 5) H. B l a n c: Journal d'Urologie T. XXII. Nr. 1. 1926. — 6) I. B a r d o n: L'epreuve de la pheno-Sulfure- phtaleine Thèse Paris 1924. — 7) Bulletins de la Société Française d'Urologie-Discussions: 12 dec. 1921. E. Papin 9 janv. 1922. G. Marion. 12 juin 1922. Wolfromm et Beauxis-Lagrave. 3 juillet 1922 C. Lian. 21 fevrier 1927 Chabanier et Gaume. 21 mars 1927 Marion. 25 avril 1927 Chevassu. 20 juin 1927 Oraison. — 8) Association Française d'Urologie XXII Session annuelle Paris 4—7 octobre 1922 Tardo. — 9) III Congrès de la Société Internationale d'Urologie Bruxelles 3—6 août 1927: I Rapport: de la valeur comparée des divers examens du sang et de l'urine en chirurgie urinaire: Rapporteur: Chabanier, Discussion, Wildbolz, Chevassu, Keyes, Marion, Beer. — 10) R a n d a l l: The Journal of Urology T. XII. Nr. 4. 1924. — 11) Sidney B u r w e l l and Chester J o n e s: The Journ. of The med. Assoc. T. 77. Nr. 6. 1921. — 12) L i c h t e n b e r g, V o e l c k e r. W i l d b o l z: Handbuch der Urologie Berlin 1927—8.

ST. MALCZYŃSKI. Lwów.

O wpływie naświetlania lampą kwarcową (systemu Hanau) na poziom cholesteryny we krwi u zwierząt i ludzi.

Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. dr. Marjan F r a n k e.

Dokładnych i systematycznych badań nad zachowaniem się cholesteryny we krwi po naświetlaniu ogólnem lampą kwarcową u ludzi i zwierząt nie znajdujemy zupełnie w dostępnem nam piśmiennictwie. Z powodu ciekawych wyników, uzyskanych u ludzi, a dotyczących zachowania się cholesteryny we krwi pod wpływem naświetlania promieniami Roentgena (R. H u b e r t — F. B u r g h e i m etc.), tembardziej należało się zająć sprawą powyższą.

Badania przeprowadziliśmy na szeregu psów zdrowych i dotychczas na pięciu ludziach z kliniki dermatologicznej *) wewnę-

*) Naświetlania przeprowadzono w klinice dermatologicznej, a za możność korzystania z urządzeń jak za pozwolenie użycia materjału chorych składam podziękowanie JWP. Prof. Dr. Lenartowiczowi.

trznie zdrowych. Do naświetlań używaliśmy zawsze lampy kwarcowej systemu Hanau; naświetlania robiliśmy ogólne; zwierzęta naświetlaliśmy przez czas rzadko 15 minut, przeważnie 30 minut z odległości 60 cm, a ludzi przez 10—20 minut również z odległości 60 cm; krew tak u zwierząt, jak u ludzi badaliśmy przed naświetlaniem, a po raz pierwszy po naświetlaniu w 10 minut, kontrolując ją później, zwłaszcza u ludzi, w 24—48 do 168 godzin. We krwi pełnej szczawianowej badaliśmy przedewszystkiem poziom cholesteryny metodą Autenrietha. W poszczególnych badaniach uwzględnialiśmy także zachowanie się Hb, ciałek czerwonych, c. białych, stosunek ich procentowy, a także zachowanie się bilirubiny w surowicy krwi metodą Ernsta i Förstera (Ernst-Förster. *Klinische Wochenschrift* 1924 nr. 52), chcąc w tych dodatkowych badaniach, uzyskać podstawy do zrozumienia wahań w poziomie cholesteryny po naświetlaniu.

Zachowanie się cholesteryny w pełnej krwi u zwierząt w 10 minut tuż po naświetlaniu było zawsze jednakowe, a mianowicie: u wszystkich zwierząt stwierdziliśmy w tym czasie wybitny wzrost poziomu cholesteryny, wynoszący np. + 76%; + 41%; + 56%. Przy naświetlaniach powtórnych, przeprowadzonych u tego samego zwierzęcia w odstępach kilkudniowych, wzrost cholesteryny był zwykle później mniej wyraźny, ale zawsze wybitny. Np. u jednego ze zwierząt zawartość cholesteryny w pełnej krwi przed naświetlaniem wynosiła 220 mg %; 30. I. 1928 naświetlono psa lampą kwarcową, a w 10 minut potem cholesteryna = 310 mg %; 6. II. 1928 przed naświetlaniem cholesteryna = 204 mg %, w 10 minut po naświetlaniu = 292 mg %; 11. II. przed naświetlaniem = 220 mg %, po naświetlaniu = 270 mg %; 29. II. przed naświetlaniem 228 mg %, po naświetlaniu 268 mg %. Stosunek przyrostu cholesteryny u tego zwierzęcia wynosił po I. naświetlaniu + 40%; po II. + 43%; po III. + 23%; po IV. + 17%. Podobnie zachowywały się i inne psy.

U pięciu ludzi zachowanie się cholesteryny po naświetleniu było identyczne, jak u zwierząt. Przyrost wynosił u ludzi + 16%; + 24%; + 30,5%; + 15,3%; + 22.2%. Poziom cholesteryny badany w dłuższym odstępie czasu od jednorazowego naświetlenia np. w 48 godzin wykazywał już wybitne zmniejszenie się cholesteryny, a w 96 godzin powrót do poziomu przed naświetleniem. Np. chory, lat 7, z prurigo, przed naświetlaniem miał we krwi 144 mg % cholesteryny; w 10 minut po naświetlaniu 188 mg % (+ 30,5%); w 48 godzin potem 156 mg % (+ 8,3%); a w 96 godzin po naświetleniu 148 mg % (+ 2,7%). Chory, lat 28, z rozpoznaniem figówki (sycosis), przed naświetlaniem miał cholesteryny w pełnej krwi 220 mg %, a w 10 minut po naświetleniu 252 mg % (+ 24%).

Z badań dalszych przytoczymy w krótkości ciekawe zachowanie się bilirubiny w surowicy krwi u tych samych zwierząt. Np. u trzeciego zwierzęcia stwierdziliśmy po każdem naświetleniu wzrost bilirubiny we krwi, i to po I. naświetleniu + 35 %, po II. + 26%, po III. + 14%, po IV. + 12%. U czwartego psa po I. naświetleniu wzrost bilirubiny + 24%, po II. + 14%, po III. + 14%, po IV. 0%, po V. + 17%. Wzrost bilirubiny w surowicy krwi tuż po naświetleniu u naszych zwierząt musimy więc uważać jako objaw stały. Badanie równoczesne liczby ciałek czerwonych wykazywało równolegle z poprzednim spadek, choć nie wybitny, liczby ciałek czerwonych, tuż po naświetlaniu. U trzeciego psa np. po I. naświetlaniu spadek ten wynosił — 3,5%, po II. — 5,8%, po III. — 8,8%, po IV. — 13,8%, tak, że przyrost bilirubiny szedł mniej więcej równolegle ze spadkiem ciałek czerwonych w 1 mm krwi. Dodamy, że liczba hemoglobiny tuż po naświetlaniu wykazywała nieznaczne pomniejszenie, a zachowanie się leukocytów po naświetlaniu nie dało się ująć w jakieś stałe prawidła. Podobnych badań dodatkowych poza cholesteryną u ludzi nie przeprowadzaliśmy.

Jak z powyższych badań wynika naświetlanie lampą kwarcową nie forsowne wywołuje tak u ludzi, jak u zwierząt, wewnętrznie zdrowych, zawsze wyraźny, przejściowy przyrost cholesteryny we krwi, który musimy uważać jako typowe następstwo biologicznego działania promieni ultrafioletowych na organizm człowieka jak i psa. W jakim związku ten wzrost cholesteryny we krwi stoi z przyrostem bilirubiny i równoczesnym spadkiem liczby ciałek czerwonych, stwierdzonym przez nas u zwierząt naświetlanych lampą kwarcową, tego dziś nie możemy rozstrzygać, zwracamy tylko uwagę na ciekawe równoczesne zachowanie się bilirubiny i erytrocytów, wymagające dalszych badań szczegółowych.

Odpowiedź ścisła na pytanie, gdzie leży źródło przyrostu cholesteryny po naświetlaniu kwarcówką, jest dzisiaj trudna. Czy przyczyna przyrostu polega na działaniu promieni ultrafioletowych na układ siateczkowo-śródbłonkowy, czy też na inne narządy, mające ważne znaczenie w przemianie cholesterynowej u zwierząt (np. jajnik), tego na podstawie naszych badań rozstrzygnąć nie możemy. Ważnem byłoby również ze względów praktycznych naświetlanie kwarcówką ludzi, dotkniętych schorzeniami nowotworowemi, zwłaszcza rakiem, u których Huber wykazał odmienne zachowanie się poziomu cholesteryny we krwi, niż u ludzi zdrowych po naświetlaniu promieniami Roentgena.

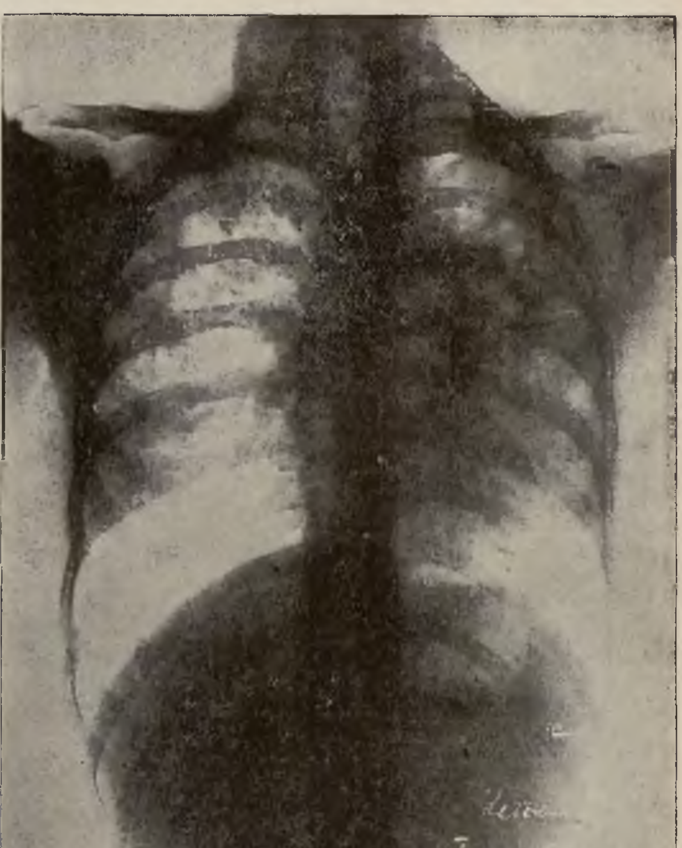
Dr. Jan OFFENBERG. Warszawa.

Przyczynek do patogenezy gruźlicy *).

I.

Na początku marca r. 1926 przybyły do Szpitala Św. Ducha na Oddział doc. S. Bronowskiego dwie rodzone siostry z gruźlicą płuc. Badanie fizykalne, potwierdzone zdjęciem rentgenologicznem (a później i na stole sekcyjnym) wykazało wiele cech wspólnych u obydwóch chorych pod względem umiejscowienia sprawy chorobowej oraz jej rozpowszechnienia.

Powyższa okoliczność nasuwała myśl, że mieliśmy do czynienia nie z przypadkowym zbiegiem okoliczności, a z czemś innem, mianowicie, że ustroje obydwóch chorych podlegały pewnym prawom, które w odpowiedniej chwili życia poczęły kreślić bieg choroby podług tego, a nie innego planu, i że w tem wszystkiem odegrała rolę konstytucja. Gdy zastanowimy się ponadto, że choroba rozpoczęła się u obydwóch sióstr w tem samem płucu, nawet w tem samem miejscu lewego płuca, że w miejscach tych wytworzyły się u obydwóch sióstr jamy niemal jednakowej wielkości, powstaje myśl, że musi istnieć konstytucja nie tylko ustrojowa, ale też konstytucja narządów, nawet odcinków tych narządów, a co więcej, że istnieje też konstytucja tkankowa.



Nasuwające się powyżej przypuszczenia zachęcały nas (mnie i kol. C. Wilczyńskiego) do zajęcia się szczegółowszego obydwoma przypadkami, zwłaszcza do wykrycia jaknajwiększej liczby faktów, dotyczących konstytucji tych chorych. Zamierzaliśmy przeto odtworzyć drzewo genealogiczne naszych chorych, ażeby na niem odczytać, jakiemi drogami konstytucja znaczyła w ich rodzinie swój ślad. Następnie zamierzaliśmy poznać najszczegółowiej ana-

*) Podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu klinicznem lekarzy Szpitala Ś-go Ducha w dniu 13 czerwca 1926 r.

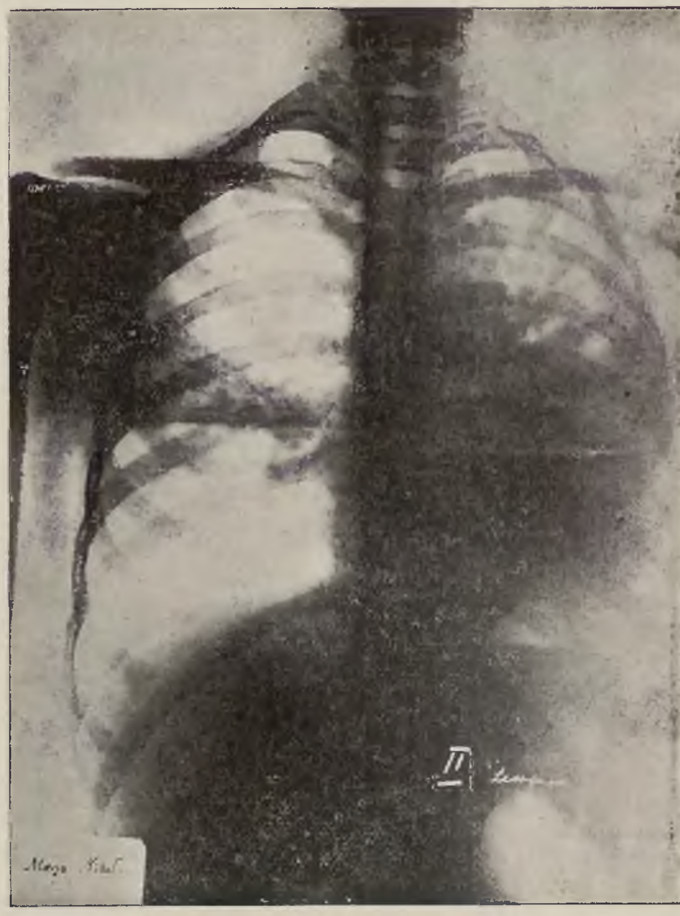
tomiczne osobliwości budowy chorych sióstr, sprawność fizjologiczną narządów, przerobić szereg prób biologicznych, sprawdzić stan przemiany materji i odbywających się procesów chemicznych w ustroju, jak zawartość wapna we krwi, cholesteryny i t. p.

Niestety zamierzeń naszych nie mogliśmy uskutecznić w całej rozciągłości, a to dla tego, że na drodze badań naszych występowały coraz nowe trudności. A więc co do stwierdzenia dziedziczności: rodziców nie poznaliśmy i nie zbadaliśmy; córki nie zgadzały się na sprowadzenie rodziców, gdyż, jak się potem ukazało, nie chciały się zdradzić, że pochodzą od rodziców ułomnych, głuchoniemych. Tak samo mieliśmy niepokonaną trudność z rozmaitemi badaniami dodatkowemi: natrafialiśmy na najbardziej stanowczy opór ze strony chorych. Zdawaliśmy sobie zresztą sprawę z nader ciężkiego stanu chorych, szybko pogarszającego się, a to zniewalało do liczenia się z ich psychiką.

Jeśli pomimo powyższych braków w badaniu zabieram głos, czynię to dlatego, że obserwacja, pozwalająca ustalić chociaż jeden szczegół, rzucający światło na zawiłe zagadnienie konstytucji, zasługuje, by ją poddać rozważeniu w szerszem gronie.

Obserwacja nasza stwierdziła u naszych chorych. co następuje (podaję tu tylko najważniejsze fakty, dotyczące stanu chorobowego obydwóch sióstr).

	Nikula Jadwiga	Nikuła Marja
Data przybycia do Szp:	d. 9 marca 1926 r.	10 marca 1926 r.
Wiek	23 lata	18 lat
Zawód	Naklejarka w drukarni	Pracown. w introligat.
Rodzice	Żyją, zdrowi, ale oboje są głuchoniemi.	
Rodzeństwo	Jedna siostra podobno chora na płuca, 2 inne i brat zdrowi.	
Przybyte choroby:	Odra, płonica, koklusz.	Odra.
Menses:	Od 17 r. życia po 3 dni	od 17 r. życia po 3 dni.
Początek choroby:	Zaczęła się choroba przed 2 laty od kaszlu i kłucia w boku lewym; leczyla się w Sanatorjum w Małorycie, potem poprawa. Nowe pogorszenie od marca 1926 r., haemoptoe. W chwili wstąpienia do szpitala mogła chodzić.	Choroba się zaczęła przed 8 miesiącami pracowała do Bożego Nar. Ból w lewym boku, kaszel, krwią nie pluła, W chwili przybycia do szpitala bardzo osłabiona, obłożnie leżąca.
Budowa i inne cechy konstytucji:	Blondynka (odcień włosów nieco rudawy), oczy niebieskie, białkówka z odcieniem niebieskawym. Klatka piersiowa długa, wąska. Apertura thoracis superior zwężona. X żebro wolne Międzyżebrza szerokie. Kąt łuków międzyżebrowych ostry. Index Lennhoff'a: 69 (mianowicie: Dist. jugulo-pubica 48 cm. Circumfer. abdomin. 61 $^1/_2$ cm. Index Bouchard'a 2,3 (mianowicie: Wzrost 142 Waga 34·1 kg.	Blondynka. Oczy niebieskie, białkówki z odcieniem niebieskawym. Klatka piersiowa płaska wąska. Apertura thoracis super. mniej zwężona niż u siostry. IX i X żebra wolne. Międzyżebrza szerokie. Kąt łuków międzyżebrowych ostry. Index Lennhoff'a: 69,6: (mianowicie: Dist. jug.-pubic. 47 Circumfer. abdomin. 64 cm. Index Bouchard'a 2·4 (mianowicie: Wzrost 153, $^1/_2$ cm. Waga 37·1 kg.)
Wyniki oglądania i wyczuwania	Zabarwien. skóry i błon śluzowych blade.	To samo.
	Otwory nosowe wąskie.	To samo.
	Wyczuwają się nieduże gruczoły chłonne karkowe, pachowe i pachwinowe.	To samo.
Ciepłota	Hyperpyresis	Hyperpyresis
Tętno w pierwszym tygodniu po przybyciu do szpitala	Pulsus: 84—96 uderzeń	P. = 108—126
Zmiany opukowe i osłuchowe w płucach	Początkowo odpowiadały obrazowi jak na zdjęciu roengenowskiem z dnia 19 marca, w końcu zaś tym zmianom, które zostały stwierdzone na sekcji (patrz niżej)	
Zdjęcie rentgenowskie płuc z d. 19 III 1926 dokonane w gabinecie rentgenowsk. Szpitala św. Ducha *)	Lewe płuco: zacienienie na znacznej przestrzeni górnego płata z jamą pod obojczykiem lewym wielkości jaja kurzego. Prawe płuco: rozsiane drobnoplamiste zacienienia.	Lewe płuco: zacienienie na nieco większej przestrzeni, niż u Jadwigi N., pod obojczykiem lewym jama wielkości jaja kurzego. Prawe płuco: drobno plamiste zacienienie o wyraźniejszych konturach niż u Jadwigi N.
Ciśnienie krwi:	Maximum 90 mm Hg Minimum 30 mm Hg PP — 60 mm Hg	Maximum 90 mm Hg Minimum 30 mm Hg PP — 60 mm Hg
Układ wegetatywny:	Przeważa wagotonja (bladość, dermografizm czerwony, szeroka szpara oczna, wąskie źrenice, arythmia respiratoria, odczyn Loewi'ego na źrenicy ujem.)	To samo
Mocz (zbadany zaraz po przybyciu)	C. g. 1015, odczyn kwaśny, białka i cukru niema, urochrom dodatni, odczyn dwuazowy ujemny, urobilina norma. W osadzie — kryształy szczawianu wapnia.	C. g. 1025, odcz. kwaśny. białka 0·033%., cukru niema, urochrom dodatni, odczyn dwuazowy dodatni, urobilina nieco zwiększona. W osadzie moczany.



Plwocina (zbadana wkrótce po przybyciu)	Prątki Kocha po 4 w polu widzenia, włókien elastycznych podczas pierwszego badania nie wykryto	Prątki Kocha po 8 w polu widzenia, włókna elastyczne obecne.
Krew (wkrótce po przybyciu)	Czerwonych c. 3.680.000 Hb 53%, index zabarwien. 0·72, białych c. 6000	Czerwonych c. 3,600.000 Hh. 35%, index 0·49, białych ciałek 9200
	Wzór leukocytów:	Wzór leukocytów:
	Eozynochłonne c. 0%	Eozynochłonne 0%
	Bazochłonne 0 „	Bazochłonne 0 „
	Myelocyty 0 „	Myelocyty 0 „
	Młode postaci 5 „	Młode postaci 4 „
	Pałeczkowate 17 „	Pałeczkowate 10 „
	Segmentowane 29 „	Segmentowane 53 „
	Limfocyty 41 „	Limfocyty 28 „
	Monocyty 8 „	Monocyty 5 „
Sedymentacja (w przybliżen.)	Około 12—17 minut.	Około 12—17 minut.

*) Patrz załączone zdjęcia.

Powikłania ze strony krtani:	Początek około 26 marca r. 1926	Początek około 22 kwietnia 1926 r.
Zgon	30 kwietnia 1926 r. (Zmarła w klin. laryng.)	9 maja 1926 r.
Autopsja, wykonana przez prosektora, panią Dr. Siedlecką.		
Budowa:	Budowa wątła, klatka piersiowa długa, wąska (na wolne żebra nie zwrócono uwagi) Inanitio)	Budowa wątła, klatka piersiowa płaska. IX i X żebro wolne. Inanitio.
Grasica:	Nie odszukano.	W postaci drobnych, szaroróżowych zrazików w śród luźnej tkanki łącznej.
Tarczyca:	Niewielka, na przekroju drobnozrazikowa, żółtawa.	Niewielka, prawy płat nieco większy od lewego; isthmus gruby, krótki; na przekroju drobnozrazikowa budowa wyraźna, połysk szklisty, biało-żółtawy, wyraźny.
Gruczoły chłonne klatki piersiowej.	Dochodzą do wielkości orzecha włoskiego.	Gruczoł chłonny około tchawicy w części szyjowej powiększony.
Płuca:	Jama wielkości pięści w górnym płacie płuca lewego. W pozostałych częściach lewego płuca liczne guzki zlewające się ze sobą. Prawe płuco: Pneumonia caseosa lobi superioris et medii cum caverna in lobo superiore.	Jama wielkości jaja kurzego w górnym płacie płuca lewego. W dolnym płacie lewego duża ilość guzków żółtawych. Prawe płuco: Pneumonia caseosa pulmonis dextri, lobi centralis cum caverna in regione hyli.
Opłucna:	Lewa: w obrębie płata górnego mocne zrosty. Prawa: zrosty wiotkie w obrębie górn. płata.	Lewa: całkowicie zrośnięta, zrosty mocne od tyłu. Prawa: wiotkie zrosty w szczycie i nieznaczne od tyłu.
Górne drogi oddechowe:	Ulcera tuberculosa- tracheae, laryngis, bronchi sin.	Ulcera tbc. tracheae, laryngis, bronchi sin.
Drogi trawienne:	Język: aparat chłonny rozwinięty miernie.	To samo.
	Migdałki: niewielkie, na powierzchni niekształtne wgłębienia, na przekroju białe, zbite, suche.	Migdałki drobne, w kilku miejscach na powierzchni powyżerania.
	Gardło: 0	Gardło: spora ilość ropnej treści.
	Przełyk: błona śluzowa cienka gładka.	To samo.
	Żołądek: duży, błona śluzowa gładka, lśniąca.	Żołądek: mały, błona śluzowa ciemna, gładka.
	Jelita: ulcera tuberculosa coeci, appendicis, ilei (intestini tenuis) et colonis. Wyrostek zakręcony.	Ulcera tbc. coeci, appendicis, ilei (intestini tenuis). Wyrostek haczykowaty.
	Wątroba: duża, brzeg zaokrąglony, torebka cienka, na przekroju rysunek wyrazisty. W pęcherzyku kamieni niema.	To samo.
Trzustka:	mała, zrazikowa, szarawa.	Dość duża budowa zrazikowa, szaro-biała.
	Gruczoły krezkowe: dochodzą do wielkości fasoli.	Bardzo drobne.
Serce i naczynia:	Serce wielkości pięści, kroplowe.	Serce większe od pięści (Dilatatio cordis)
	Osierdzie mało płynu. Tętnica główna: ściana cienka, światło wąskie, (Aorta angusta et papyracea) Aorta abdominalis wąska.	Osierdzie mało płynu. Tętnica główna: ściana cienka, gładka, średnica mała, (Aorta angusta et papyracea) Aorta abdominalis wybitnie wąska.
Nerki i nadnercza:	Nerki — nic osobliwego. Nadnercza duże, dość grube, istota korowa szaro-żółta, rdzeniowa — prawie niewidoczna.	Nadnercza: wielkość zwykła, istota korowa szeroka, żółtawa, rdzeniowa wąska, szarawa; pas brunatny ledwie zaznaczony.
Śledziona:	Śledziona: dość duża, torebka napięta, na przekroju prosówkowe guzki.	Wielkość śledziony zwykła, górny brzeg przyrośnięty do przepony, przekrój różowo-szary, bardzo nieliczne wyczuwalne mieszki chłonne.
Jajniki:	Dość duże, szarawe, bardzo wilgotne.	Jajniki bardzo duże, w prawym torbiel wielkości orzecha włoskiego, miąższ jajników b. wilgotny, szarawy.

Zastanawiając się nad wynikami sekcji, widzimy, że stwierdzają one istnienie u obu zmarłych najbardziej banalnych zmian, właściwych dla gruźlicy, zmian, które codziennie się widuje w prosektorjum. Zmiany te nabierają znaczenia dla nas dopiero wówczas, gdy zechcemy je zestawić i oświetlić z punktu widzenia konstytucji.

Czy zabieranie głosu w tej sprawie i dowodzenie, że konstytucja istotnie swój wpływ wywarła na rozwój i przebieg choroby u obydwóch sióstr, nie wygląda, że pragniemy mówić o rzeczach zbyt znanych i uznanych? Któż nie wie, że w dobie obecnej cała patologja ludzka znajduje się pod znakiem konstytucji. Mimo to poczytujemy sobie za rzecz najzupełniej aktualną rozważanie zagadnienia konstytucji, a to dlatego, że w medycynie mało jest kwestji, któreby ulegały tak częstym i zasadniczym wahaniom, jak właśnie nauka o konstytucji.

Nie trzeba sięgać czasów najodleglejszych, czasów Hippokratesa, dość krótkiego okresu, np. okresu życia poszczególnego lekarza, ażeby się o tem przekonać. Np. w okresie ostatnich 35—40 lat nauka już trzy razy zdążyła zmienić swe stanowisko w tej kwestji. Pamiętamy odległe czasy, gdy nadawano konstytucji znaczenie wybitne. Przyszła potem bakterjologja, która przeniosła punkt ciężkości w etjologji chorób na bakterje. Jeśli nie sam Koch, to uczniowie jego najzupełniej zapoznawali znaczenie konstytucji w gruźlicy. Cornet nawet szydził z tych, którzy w gruźlicy płuc nadawali jakąkolwiek rolę wpływom konstytucyjnym i dowodził, że jest to równoznaczne twierdzeniu, jakoby błona śluzowa narządów płciowych była bardziej wrażliwa na zarazek syfilityczny niż śluzówka innych narządów. Obecnie ugruntował się w nauce pogląd, podług którego punkt ciężkości w powstawaniu chorób leży w konstytucji ustroju, i zdawać by się mogło, że pogląd ten spoczywa na niewzruszonych podstawach.

A jednak z doświadczenia, które nam przynoszą dzieje medycyny, możemy przepowiedzieć, iż przyjdzie czas, gdy pogląd ten będzie znów najkategoryczniej zwalczany. Już dzisiaj dają się stwierdzić pewne oznaki tego. Są np. autorzy, którzy odwracają naukę o konstytucji w gruźlicy w ten sposób, że budowa gruźlicza ma być w rzeczy samej wytworem ukrytej, a tkwiącej w ustroju oddawna choroby (Hayek). Autor ten poczytuje stronników nauki o „usposobieniu gruźliczem" za ludzi zaślepionych. Inni znów postępują ostrożniej i skierowują akcję przeciwko niektórym tylko faktom, na których nauka o konstytucji spoczywa.

Przytoczę jeden z przykładów. Któż nie zna znaczenia dla gruźlicy konstytucji Stiller'owskiej? A jednak Martius, Wenckebach zwalczają pojęcie konstytucji astenicznej, a Borchard poczytuje jeden z objawów tej konstytucji, mianowicie X żebro wolne (t. zw. „costa X fluctuans") za objaw normalnej budowy człowieka. W literaturze polskiej pojawiła się praca prof. Lotha p. t.: „Teorja konstytucjonalizmu a współczesne poglądy na normalną budowę człowieka", w której autor dowodzi, że X costa fluctuans spostrzega się w 65% u osobników zmarłych na inne choroby, a pochodzących ze wsi i posiadających budowę normalną.

Prof. Loth twierdzi, że wyzwalanie się X żebra w rozwoju filogenetycznym człowieka nie tylko nie stanowi specyficznego i patologicznego „stigma costalis", lecz odwrotnie — jest objawem progresywnym i dodatnim w normalnej ewolucji człowieka. Ze zdaniem powyższem można o tyle się zgodzić, że X costa fluctuans świadczy istotnie o wyższym szczeblu rozwojowym człowieka, gdyż objaw ten oddala nas od najodleglejszych przodków naszych. Czy jednak wyzwalanie się dolnych żeber jest objawem dodatnim, objawem świadczącym o osiąganiu przez człowieka odporności w walce o byt — pozwalamy o tem wątpić.

Jest praca dra Szulberga z oddziału docenta W. Janowskiego, oparta na zbadaniu 700 osób (500 kobiet i 200 mężczyzn) i stwierdzająca, iż wśród kobiet z wolnemi X żebrami jest dwa razy więcej chorych na gruźlicę, niż kobiet niegruźliczych, a wśród mężczyzn, posiadających wolne X żebra, jest 5 razy więcej chorych na gruźlicę, niż nie mających gruźlicy. Wynikałoby z tego, iż wśród 100 ludzi, mających X żebra wolne, 70 osób zapada na gruźlicę. Dowodzi to, że „stigma costalis" nie przestaje być dla lekarza praktyka objawem cennym, świadczącym o mniejszej odporności takiego

osobnika względem gruźlicy, czyli że X wolne żebro nie może być z tego punktu widzenia poczytywane za cechę postępowo-dodatnią.

Współcześni obrońcy znaczenia konstytucji w patologji ludzkiej pragnęliby oprzeć swe poglądy na niewzruszonych podstawach i dlatego gromadzą fakty, nie dające się obalić. Np. Michaelis przytacza obserwację o dwóch bliźniętach, których warunki życiowe były rozmaite. Jeden z pomiędzy nich pozostał kawalerem, poświęcił się karjerze społecznej i doszedł do piastowania wysokich stanowisk w administracji. Drugi brat natomiast wcześnie się ożenił, usunął się od życia zgiełkliwego, oddając się wyłącznie swej rodzinie. W 60 roku życia obadwaj bracia, przedtem najzupełniej zdrowi, zaczęli doświadczać mrowienia w dolnych kończynach, następnie u obu pojawiło się cierpienie palców na nogach t. zw. „malum perforans", wreszcie rozwinęła się cukrzyca. W końcu u obu braci stwierdzono retinitis albuminurica i obadwaj zmarli na mocznicę.

U obu braci ujawniły się patologiczne skutki konstytucji w wieku późniejszym i przebiegały pod względem objawów klinicznych identycznie.

Jeśli szukać innych przykładów, możemy się powołać na Turbana, przytaczającego w swej kazuistyce przypadki identycznego umiejscowienia zmian gruźliczych u kilku członków rodziny.

Nasz przykład jest mniej efektowny, niż opisany przez Michaelisa, niemniej jednak pozwala na stwierdzenie następujących faktów:

1. Obiedwie siostry posiadały budowę ciała asteniczną z subtelnym układem kostnym, z właściwą dla tej budowy klatką piersiową o skróconym wąskim górnym otworze klatki, wolnych X żebrach (nawet IX), ostrym kącie międzyżebrowym. U obydwóch sióstr stwierdzono na sekcji wąską i cienką tętnicę główną (aorta angusta et papyracea). Obiedwie siostry miały niebieski odcień zabarwienia białkówek.

2. Obiedwie siostry zapadły na gruźlicę w czasie dojrzewania płciowego.

3. U obydwóch sióst p o c z ą t k o w e siedlisko gruźlicy płuc [2]) powstało w tem samem płucu, a nawet w tym samym odcinku płuca, mianowicie w górnym płacie lewego płuca, w tem też miejscu u każdej z sióstr wytworzyła się duża jama jednakowej niemal wielkości.

4. U obydwóch sióstr sprawa się powikłała gruźlicą górnych dróg oddechowych, mianowicie lewego oskrzela, tchawicy i krtani.

5. U obydwóch sióstr powstało powikłanie w jelitach pod postacią owrzodzeń gruźliczych w coecum, appendix (wyrostek robaczkowy u obydwóch sióstr był zakręcony), ileum (a u starszej siostry stwierdzono ponadto owrzodzenie gruźlicze i w jelicie grubem).

Ustalenie powyższych faktów stanowi pierwszy wzgląd, dla którego poczytywaliśmy za właściwe podać do wiadomości obserwację naszą. Ale jest jeszcze inny powód, który zachęcał do zabrania głosu, mianowicie ten, że obserwacja powyższa daje możność uczynienia próby sprowadzenia zawiłych zjawisk konstytucji do jednego źródła — do jednej zasady.

Dla uniknięcia jednak nieporozumień musimy przedtem ustalić, co pojmujemy pod nazwą konstytucji, gdyż pod tym względem zdania nie są uzgodnione.

II.

W myśl większości autorów — oznaczamy wszystkie cechy zewnętrzne i wewnętrzne badanego osobnika, stanowiące całą jego indywidualność, jako P h a e n o t y p u s (Johannsen). Właściwości te nabył człowiek dwiema drogami: 1) przez plazmę zarodkową i 2) przez oddziaływanie na organizm warunków zewnętrznych podczas życia płodowego i później po przyjściu na świat.

Te właśnie cechy, które udzieliły się powstającemu ustrojowi od rodziców w chwili poczęcia, czyli cechy dziedziczne, nadające wygląd zewnętrzny i przekazujące ustrojowi rozmaite skazy — te cechy stanowią konstytucję, czyli G e n o t y p u s (Johannsen). Właściwości zaś, nabyte pod wpływem warunków zewnętrznych, stanowią to, co nazywamy C o n d i t i o (Paratypus).

W skład pojęcia konstytucji wchodzą osobliwości ustroju anatomiczne (morfologiczne), fizjologiczne, chemiczne (przemiana materji), to też próbowano oprzeć klasyfikacje poszczególnych typów konstytucji na jednej z powyższych zasad. Badanie jednak funkcjonalnych zdolności ustroju lub procesów chemicznych, odbywających się w ustroju, jest tak zawiłe, że próby ugruntowania klasyfikacji na metodzie fizjologicznej, ew. biologicznej nie utrzymały się, natomiast upowszechniła się metoda anatomiczna, jako najłatwiejsza.

[2]) O ile o tem sądzić można na zasadzie stopnia zaszłych zmian.

Np. na zasadzie wskaźnika Lennhoff'a dzielimy konstytucję na dwa zasadnicze typy: 1) typus asthenicus oraz 2) typus apoplecticus. Inni znów dzielą konstytucję na 1) habitus microsplanchnicus (przewaga kończyn czyli typus animalis); ten typ inaczej się nazywa habitus phthisicus 2) habitus megalosplanchnicus s. apoplecticus z przewagą trzew czyli systemu wegetatywnego.

Sigaud dzieli ludzi na 4 typy: 1) Constitutio cerebralis, 2) pulmonalis, 3) digestiva, 4) muscularis. — Zastrzegając, że podział Sigaud'a stwarza pole do podmiotowego sądu, uważamy, że wspólne dla wszystkich podziałów, osnutych na cechach anatomicznych ustroju, jest to, że umożliwiają one ustalenie dwóch niewątpliwie zasadniczych typów konstytucji: 1) o budowie mocnej i 2) o budowie słabej.

Co stanowi o b u d o w i e m o c n e j człowieka? Decyduje tu szkielet, „stroma", t k a n k a ł ą c z n a ustroju. Konstytucyjne odchylenia od normy w „stratum fibrosum" prowadzą, podług Vogel'a, do szeregu schorzeń, np. u takich osobników spostrzega się usposobienie do żylaków, przepuklin, rozedmy płuc, stopy płaskiej, spostrzega się złe gojenie ran i złamań kości. U osobników z taką „discrasia, insufficientia fibroplastica" zauważył Peters anomalję dziedziczną w postaci nieb. zaborwienia białkówek (dzięki zbyt cienkiej warstwie tkanki włóknistej białkówki prześwieca tęczówka). Bartel w status lymphaticus spostrzegał rozrost „stromae", a Wiesel poczytuje status thymolymphaticus za wyraz ogólnej fibrosis".

Powyższe anomalje można sprowadzić do jednej grupy, mianowicie do zaburzeń w rozwoju mezodermy, a ściślej biorąc — m e z e n c h y m y, gdyż tkanka łączna, układ kostny, układ chłonny i naczyniowy pochodzą z mezenchymy.

Jeżeli się obecnie zwrócimy do naszych chorych i uprzytomnimy sobie, żeśmy stwierdzili u nich: a) wątłą budowę, cechującą się subtelnym układem kostnym, b) niebieskie zabarwienie białkówek, c) upośledzony rozwój naczyń krwionośnych (aorta angusta et papyracea), — powiedzieć możemy, że wadliwość konstytucji ich polegała na upośledzonym rozwoju układu mezenchymatycznego.

Biorąc następnie pod uwagę, że chore nasze z konstytucją, cechującą się niedorozwojem układu mezenchymatycznego zapadły nie na inną chorobę, tylko na gruźlicę, nie możemy się oprzeć przypuszczeniu, że w patologji gruźlicy być może, zasadnicze znaczenie posiada powyższa anomalja konstytucji z upośledzeniem układu mezenchymatycznego, zwłaszcza stratum fibrosum.

Badania najnowsze Bezançon'a i Braun'a wykazują, że gruźlica płuc, przed swem ujawnieniem, rozpoczyna się nie w pęcherzykach płucnych, lecz w rusztowaniu płuc, w tkance naczyniowo - łącznej (la tramite initiale). A jeśli tak jest w istocie, rozumiemy, jak wielką rolę w dalszym przebiegu toczącej się sprawy stanowi wydolność tkanki łącznej.

Myśl o wyjątkowej roli układu mezenchymatycznego w patogenezie gruźlicy wymaga potwierdzenia w dalszych ścisłych badaniach anatomo - patologicznych i histologicznych. Gdyby przypuszczenia powyższe się sprawdziły, wówczas znalazłoby się, być może, wytłumaczenie dla powstawania powikłań, które towarzyszą gruźlicy płuc. Klinicysta nieraz staje przed niewytłomaczonym faktem, dlaczego u pewnego chorego ze znacznemi zmianami gruźliczemi w płucach nie spostrzega się żadnych zmian ze strony jelit i krtani, u innego znów osobnika, z małemi zmianami w płucach, powstały powikłania w krtani i jelitach.

Być może, iż decydującym momentem są tu zaburzenia w rozwoju t k a n k i ł ą c z n e j lub u k ł a d u c h ł o n n e g o.

III.

Chcąc zobrazować całość zagadnienia konstytucji, nie podobna pominąć milczeniem klasyfikacji, opartej na zasadzie endokrynologicznej. Jest to jednak dziedzina tak rozległa i wymagająca dalszych poszukiwań, że przedwczesnem byłoby dochodzenie z naszej strony punktów stycznych pomiędzy, np. niewydolnościa układu mezenchymatycznego u chorych gruźliczych i niewydolnością pewnych gruczołów dokrewnych u tych chorych.

Ograniczymy się przeto tylko do przytoczenia zmian w gruczołach dokrewnych, stwierdzonych u naszych chorych bez wysnuwania dalej idących wniosków.

Autopsja, dokonana u naszych chorych, stwierdziła — co następuje: G r a s i c a — u starszej siostry nie odszukana, u młodszej — odpowiadająca wiekowi. T a r c z y c a — niewielka. T r z u s t k a — u starszej siostry mała, u młodszej dość duża. N a d n e r c z a: istota korowa u starszej siostry dość szeroka, szaro - żółta, u młodszej — szeroka żółtawa (podług opinji anatomo - patologa „mało wartościowa"), istota rdzeniowa mało zaznaczona. J a j n i k i duże, u młodszej siostry w prawym jajniku torbiel wielkości dużego orzecha włoskiego.

Jeśli warstwa korowa nadnerczy u naszych chorych stała się „małowartościową" nie wskutek ich dłuższej choroby, a była taką od urodzenia, nie przeczyłoby naszemu poglądowi o konstytucji naszych chorych, wykazującej niedorozwój układu mezenchymatycznego, gdyż istota korowa nadnerczy pochodzi również ze środkowego listka zarodkowego.

Czy stan jajników u obu chorych był zadowalniający? Anatomo-patolog stwierdza, że jajniki były duże, możnaby przeto sądzić o ich hyperfunkcji. Kliniczne jednak fakty przeczą temu: obiedwie chore zaczęły menstruować dość późno, dopiero w 17 roku życia, sekcja też wykryła u młodszej siostry torbiel w jajniku: każe to przypuszczać prędzej hypofunctio tych gruczołów.

Czy stan jajników mógł wywrzeć swój wpływ i odegrać rolę w powstaniu lub przebiegu choroby u naszych chorych? Gruźlica płuc u naszych chorych pojawiła się istotnie w wieku dojrzewania płciowego. Dlaczego chore nasze, przychodząc na świat z konstytucją, usposabiającą do gruźlicy, pozostawały zdrowe do pewnego okresu życia i dlaczego wówczas dopiero konstytucja swe prawa zrealizowała? Trudno przypuszczać, żeby owe chore nasze dopiero wówczas zetknęły się z zarazkiem gruźliczym. Jest w tem analogja z przytoczonym przez nas powyżej przypadkiem, gdy u dwóch braci - bliźniąt powstały identyczne cierpienia dopiero w późnym okresie życia.

W obecnym stanie nauki wpływ okresu dojrzewania płciowego czyli wpływ gruczołów płciowych na rozwój gruźlicy nie jest ostatecznie rozstrzygnięty: niektórzy (Sternberg) widzą w tem wpływ zaburzeń w korrelacji gruczołów dokrewnych (inwolucja grasicy, zanik limfatyzmu dziecięcego, szybki rozwój tarczycy i t. p.). Starsi autorowie znów uzależniają rozwój gruźlicy w tym wieku od ucisku szczytów płucnych przez górny pierścień klatki piersiowej u osobników ze skróconem i przedwcześnie skostniałem I żebrem (Freund).

IV.

Omawiając rolę konstytucji w patogenezie gruźlicy, uwzględnić musimy prace Aschner'a i innych nowszych autorów. Biorą oni za podstawę badań konstytucjonalnych z e s p ó ł b a r w n i k o w y, czyli barwę włosów, tęczówki i skóry. Dochodzenia powyższych badaczy wykazują, że w naszych warunkach klimatycznych t y p y j a s n e zdradzają większą skłonność do gruźlicy.

Ostatnio prowadzone też są badania celem poznania, jaki zachodzi stosunek pomiędzy gruźlicą a poszczególnemi grupami serologicznemi krwi. Polscy autorowie Świder i Kon w swych cennych pracach[3]) podają, że ludzie z grupą serologiczną krwi A, częściej zapadają na gruźlicę, niż osobniki o innych grupach krwi, a grupa B wykazuje względem gruźlicy pewną odporność.

Czy powyższe badania stoją w sprzeczności z wygłoszonym przez nas poglądem o skłonności do gruźlicy osobników z upośledzonym układem mezenchymalnym?

Jestem zdania, że badania te 1) potwierdzają znaczenie tkanki łącznej w patogenezie gruźlicy, gdyż, jak wiemy, barwik skóry, tęczówki i włosów jest ściśle związany z t k a n k ą ł ą c z n ą, w niej się on nagromadza. 2) Co się znów tyczy grupy serologicznej krwi, wykazującej usposobienie do gruźlicy, nadmienić należy, że grupa krwi jest cechą, z którą człowiek na świat przychodzi, sama krew jest pochodną mezenchymy.

W ten sposób znów dochodzimy do wniosku, że wszystkie wspomniane cechy konstytucji gruźliczej sprowadzają się do jednej grupy ogólnej, mianowicie do zmian w układzie mezenchymatycznym.

Streszczamy, cośmy powiedzieli:

1. Wobec rozbieżności poglądów na znaczenie konstytucji w patologji ludzkiej pożądanem jest, by klinicyści gromadzili i ogłaszali obserwacje, wykazujące istotną rolę konstytucji w rozmaitych schorzeniach.

2. W patogenezie gruźlicy odgrywa wybitną rolę konstytucja, cechująca się niewydolnością układu mezenchymatycznego.

Dr. Albin GARBIEŃ, I asystent Państw. Szkoły Położn. Lwów.

Kilka uwag w sprawie leczenia zaśniadu groniastego.

Z Oddziału położniczo-ginekologicznego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie. Prymarjusz: Prof. Dr. Adam Sołowij.

Z kosmówką patologicznie zmienioną pod postacią zaśniadu groniastego spotykamy się stosunkowo dość często. Statystyki zakładów położniczych określają występowanie zaśniadu groniastego średnio cyfrą 1 : 2500 wszystkich przypadków ciąży. — w niektórych okolicach ma być częstsze i tak np. w Wileńszczyźnie 1 : 1250 (W y r w i c k i), a nawet w statystykach dwóch szpitali 1 : 300 i 1 : 200 (K a r n i c k i).

W powstawaniu zaśniadu groniastego odgrywają dużą rolę komórki nabłonkowe kosmków, które albo pęcznieją, albo bujając tworzą gronka. Przyczyną tego mogą być schorzenia jaja płodowego (śmierć płodu, zaburzenia w krążeniu płodowem), albo też schorzenia matki (endometritis deciduae i wywołane przez nią zaburzenia w odżywianiu, torbielowate zwyrodnienie jajników i ogólne schorzenia jak arteriosclerosis, nephritis, wpływy toksyczne).

Rozpoznanie zaśniadu jest łatwe, jeśli się stwierdza urodzone do szyi lub pochwy gronka. Trudności znaczne mogą przedstawiać te przypadki, w których szyja jest zamknięta, a powtarzające się krwawienia i macica miękka powiększona każą myśleć przedewszystkiem o grożącem poronieniu. Ścisła obserwacja prowadzi i w tych przypadkach do właściwego rozpoznania.

Stałym objawem towarzyszącym zaśniadowi groniastemu jest k r w a w i e n i e, występujące bardzo wcześnie przeważnie w II miesiącu ciąży, powtarzające się w nieregularnych odstępach czasu. W przerwach między krwawieniami ukazują się odchody krwawo-surowicze lub krwawo - śluzowe. Krwawienia przybierają czasem nasilenie krwotoków zwłaszcza gdy zaśniad zaczyna się rodzić. Krwotoki te wywołują nieraz śmiertelne skrwawienie. Do dalszych stałych objawów należy n i e s t o s u n e k m i ę d z y w i e l k o ś c i ą m a c i c y a c z a s e m t r w a n i a c i ą ż y. Macica bywa znacznie większa, niżby wynikało z wywiadów — w przypadkach ciąży IV-ro miesięcznej spotykamy macicę wielkości VI nawet VII miesięcy. Ten zbyt duży niestosunek pozwala wykluczyć ciążę bliźniaczą. Dość często spotyka się n a g ł e z d n i a n a d z i e ń p o w i ę k s z a n i e i z m n i e j s z a n i e się macicy. Objawy te są następstwem wylewów krwawych do jamy macicy, względnie wydalania ich na zewnątrz. Ważnym szczegółem przemawiającym przeciwko zaśniadowi jest stwierdzenie tętna płodu lub poszczególnych jego części, wtedy liczyć się trzeba z poronieniem grożącem, z przedwczesnem odklejeniem łożyska prawidłowo usadowionego lub też z łożyskiem przodującem.

Stwierdzenie zaśniadu groniastego jest bezwarunkowo wskazaniem do opróżnienia macicy. Zależnie od warunków wykonamy:

1. jeśli zaśniad jest w trakcie rodzenia się i ujście rozwarte przynajmniej na 1 palec — opróżniamy macicę kleszczykami Wintera, poczem ostrożnie lecz dokładnie wyskrobujemy ściany macicy.

2. jeśli szyja jest niedrożna, a macica nie większa, niż odpowiadająca ciąży III-miesięcznej — rozszerzamy szyję Hegarami do Nr. XVI, poczem w typowy sposób opróżniamy macicę b e z p r z e p ł u k i w a n i a j a m y m a c i c y, które uważamy za bezcelowe a nawet szkodliwe.

3. jeśli szyja jest niedrożna, a macica większa nad 3 miesiące ciąży, wykonujemy metreuryzę (balonik 50 — 75 cm³ po rozszerzeniu szyji Hegarami do Nr. XIV — XV). Po urodzeniu balonu typowe lecz dokładne opróżnienie macicy. Podejrzane części wyskrobin należy badać drobnowidowo, w razie stwierdzenia nabłoniaka kosmkowego wskazany jest jak najrychlej zabieg radykalny (całkowite usunięcie macicy).

W sześć tygodni po usunięciu zaśniadu wskazane jest kontrolne wyskrobanie macicy, jeżeli krwawienie utrzymywało się w dalszym ciągu po pierwszym zabiegu lub jeżeli macica jest wyraźnie powiększona.

Jeśli wyskrobiny macicy badane drobnowidowo wykażą obecność nabłoniaka kosmkowego, lub jeśli nawet badanie drobnowidowe wypadnie ujemnie, a krwawienie po drugiem wyskrobaniu będzie się utrzymywać, należy najdalej do 2 tygodni po drugim zabiegu przystąpić do zabiegu radykalnego. Z zasady wykonujemy w tych przypadkach laparotomję, ponieważ daje ona lepszy przegląd narządu rodnego.

W wyjątkowych przypadkach można postawić wskazanie do zabiegu radykalnego już wcześniej, gdy w kilka tygodni po pierwszem wyskrobaniu macicy wystąpią silne krwotoki lub przerzuty do pochwy albo do płuc, które umocnią kliniczne rozpoznanie nabłoniaka kosmkowego.

Stanowisko to jest o tyle racjonalne, że nie zawiera w sobie błędów konserwatyzmu starych położników (B a u d e l o c q u e, B l o c h, S c a n z o n i, T a r n i e r), którzy wyczekująco odnosili się do zaśniadu groniastego z obawy przed trudnościami opróżnienia macicy przeważnie bardzo dużej. Nasze stanowisko jest również więcej racjonalne od stanowiska tych radykalistów, którzy bezwzględnie w każdym przypadku zaśniadu groniastego usuwają macicę — unikamy tych niepotrzebnych operacji zwłaszcza u kobiet młodych, u których zachowanie zdolności rodzenia może być bardzo cenne.

---

[3]) p. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej". Tom V. Zeszyt 4.

Jako warunek ważny należy podkreślić konieczność bezwzględnego i sumiennego obserwowania każdego przypadku po usunięciu zaśniadu, by w czas uchylić niebezpieczeństwo, jakie grozi w razie powstania nabłoniaka kosmkowego.

Wiemy dziś, że w powstaniu nabłoniaka kosmkowego najważniejszą rolę odgrywa zaśniad groniasty (około 33%—44% nabłoniaków kosmkowych powstaje po zaśniadzie groniastym), na drugiem miejscu postawić można poronienia, na trzeciem ciążę prawidłową, na czwartem ciążę pozamaciczną. Większość autorów przyjmuje dziś jako patogenezę nabłoniaka kosmkowego teoretyczną nieobecność w surowicy krwi ciał ochronych, syncycjolizyn. One powodują normalnie rozpuszczenie i wessanie reszty kosmkowych ektodermalnych komórek, które po porodach i poronieniach stwierdza się w doczesnej i mięśniówce macicy. Jeśli tych ciał ochronnych jest we krwi zamało, lub brak ich, wtedy komórki ektodermy kosmkowej t. j. warstwy Langhansa i syncytium mogą zachować swoją pierwotną energię, cechującą się szybkim rozrostem, niszczeniem tkanek, w których się rozwijają i które przerastają, wżerając się czasem do światła naczyń krwionośnych bez wywołania krzepnienia krwi i dając tą drogą przerzuty. M a y e r wyróżnia trzy grupy nabłoniaka kosmkowego: I. z resztkami zaśniadu groniastego, II. po zaśniadzie groniastym i III. bez zaśniadu groniastego i stawia pomyślne rokowanie tylko w grupie I., gdyż silne krwawienia zmuszają chorą do zwrócenia się do lekarza, który w czas powinien wykonać zabieg radykalny — natomiast złe rokowanie w grupie II i III, gdyż chore zgłaszają się zbyt późno.

Podkreślić należy również znaczenie badania i przebiegu klinicznego jako wskazania do zabiegu radykalnego. Drobnowidowe stwierdzenie nabłoniaka kosmkowego napotyka prawie zawsze na duże trudności. Czasem ognisko nowotworowe jest małe (widzieliśmy ognisko wielkości główki szpilki) usadowione głęboko w mięśniówce, tak że w wyskrobinach macicy nie może się znaleźć żadna nawet najdrobniejsza jego część. Czasem trudno znaleźć części nowotworowe, zwłaszcza w dużej ilości wyskrobin, wreszcie sam nowotwór wykazuje czasem w obrazie drobnowidowym tak mało cech patologicznych, że tylko oko doświadczonego histo-patologa wyróżni atypowy układ komórek Langhansa lub syncytjalnych. Decydujące wskazania do operacji daje w tych przypadkach dokładna obserwacja kliniczna.

Z serji kilku przypadków nabłoniaka kosmkowego, operowanych ostatnio na Oddziele położniczo-ginekologicznym Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, wymaga omówienia specjalnie jeden przypadek, operowany 10 tygodni przedtem jako zaśniad groniasty per sectionem caesaream w małomiasteczkowym szpitaliku.

Chora, lat 24, zgłosiła się w stanie prawie zupełnego skrwawienia z wyjaśnieniem lekarza, że przed 10 tygodniami z powodu silnego krwotiku „w ciąży III miesięcznej zaśniad groniasty" wykonał cięcie cesarskie i usunął obydwa jajniki z powodu zwyrodnienia torbielowatego. Po tej operacji krwawienie utrzymywało się stale, a w ostatnich tygodniach wzmogło się znacznie. Przedmiotowo stwierdziliśmy: skóra zielonawo-woskowa, sucha, błony śluzowe wybitnie blade, wyraźne charłactwo. Ciepłota 37,9, tętno 130 nikłe nieregularne. Trzon macicy kulisty, twardy, rozmiarów średniej wielkości jabłka, ruchomość macicy ograniczona. Przydatki niebadalne. Z pochwy wydziela się płyn blado zielonawo-różowawy.

Opierając się na typowym przebiegu choroby rozpoznano nabłoniaka kosmkowego macicy i przystąpiono niezwłocznie do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono: niezwykle silny zrost kiszki ślepej, esicy i pęcherza moczowego z przednią ścianą macicy i z powłokami — w czasie oddzielania zrostów otwarto pęcherz moczowy, którego szczyt i tylna ściana były zapalnie nacieknięte. Po oddzieleniu zrostów wyłonił się naciek zapalny na przedniej ścianie macicy dokoła cięcia w środkowej linji trzonu, odpowiadającego cięciu cesarskiemu. Mięsień macicy w obszarze dawnego cięcia zieje pokryty ziarniną, zrośnięty w swoim brzegu wewnętrznym na grubość około 2 mm, pod lekkim uciskiem rozłazi się w kilku miejscach, odsłaniając jamę macicy. Szwy z poprzedniej operacji zupełnie zachowane. Brak obustronnie jajników. Jako szczegół, charakteryzujący stopień skrwawienia chorej zaznaczam, że krew w czasie operacji pozostawiała na kompresach plamy zielonawo-różowawe. Macicę wycięto całkowicie, pęcherz moczowy zeszyto dwuwarstwowo.

W preparacie operacyjnym stwierdzono: macica nieco powiększona, tylna jej powierzchnia gładka, blada — na przedniej powierzchni wzdłuż trzonu macicy widoczny jest w linji środkowej ubytek z otrzewnej. Mięśniówka w tem miejscu jest nierówna, zapalnie zmieniona i pokryta nekrotycznemi nalotami, wśród nich widać szwy z grubego jedwabiu (7 szwów), dobrze zachowanego. Na trąbce prawej tuż przy macicy podwiązka z jedwabiu, trąbka lewa utrzymana 4 cm, zamknięta jedwabiem. Mięsień macicy na przekroju bardzo blady anemiczny, przednia ściana trzonu macicy zapalnie zmieniona, grubości 2 cm. Błona śluzowa szyji okazuje wyraźne plicae palmatae. Jama macicy nieco powiększona wykazuje na tylnej ścianie 3 płytkie wgłębienia w błonie śluzowej, różniące się od otoczenia zabarwieniem (ciemno sinem). Po nacięciu tych miejsc stwierdza się ogniska wielkości ziaren grochu leżące w mięśniówce tuż pod błoną śluzową, wyglądające makroskopowo na ogniska nabłoniaka kosmkowego. W dnie macicy nieco głębiej pod błoną śluzową znajduje się czwarte podobne ognisko.

Jedno z ognisk tylnej ściany wycięto wraz z mięśniówką do badania drobnowidowego. Skrojono przeszło połowę ogniska i nie stwierdzono żadnych elementów komórkowych poza skrzepami i naciekami zapalnymi w mięśniówce. Charakterystyczny jednak wygląd makroskopowy nakazał szukać dalej. Sporządzono skrawki seryjne reszty ogniska i w skrawkach ostatniego milimetra stwierdzono: „Obfite ilości starszych skrzepów, wśród nich czopy i więcej odosobnione grupy komórek Langhansa. W jednym skrawku wybitne bujanie syncytjalne o zachowaniu się zupełnie atypowem, również wśród skrzepów. Typowych kosmków, albo nawet śladów w badanych skrawkach nie stwierdzono. Wogóle uderza bardzo skąpa ilość elementów nowotworowych. W tkance otaczającej stwierdza się obfite nacieki zapalne, wytworzone przeważnie z leukocytów. Nie stwierdzono wrastania elementów nowotworowych do naczyń krwionośnych. Całość odpowiada nabłoniakowi kosmkowemu o charakterze złośliwym". (Orzeczenie Prof. Dra Nowickiego).

Chora zmarła w 40 godzin po operacji wśród objawów niedomogi serca. Sekcja wykazała anemję wszystkich narządów. Przerzutów nie stwierdzono.

Przypadek ten byłby więc typowym ze względu na powstanie nabłoniaka kosmkowego z zaśniadu groniastego. Uderzający jest niestosunek między małemi ogniskami nowotworu, a groźnemi objawami klinicznemi, które dały obraz ciężkiego skrwawienia, co było wkońcu przyczyną śmierci. Uderzający jest również brak objawów destrukcyjnych w mięśniówce macicy — a należałoby się spodziewać wobec ciężkich objawów klinicznych również poważnych uszkodzeń macicy przez nacieki nowotworowe. Tymczasem ognisko nowotworowe wykazywało makroskopowo wzrost prawie koncentryczny, a tylko w kilku skrawkach stwierdzono mikroskopowe bujania w mięsień macicy. Brak typowych kosmków w macicy można wytłumaczyć dokładnem usunięciem zaśniadu, co było łatwe i mogło być dokładnie wykonane per sectionem caesaream. Pozostawienie drobnych części zaśniadu, może nawet mikroskopijnie drobnych, było punktem wyjścia sprawy nowotworowej o złośliwym charakterze.

Lekarz, który operował zaśniad groniasty per sectionem caesaream, interpelowany, jakie miał wskazania do tego zabiegu, wyjaśnił powołując się na F r e u n d a, że musiał wykonać cięcie cesarskie (na macicy „w III miesiącu ciąży, zaśniad groniasty", jak opiewało rozpoznanie przed operacją) z powodu „zupełnego zamknięcia macicy i krwawienia zagrażającego życiu" — wyjaśnił dalej, że zaśniad usunięto ręcznie intra laparotomiam przez ranę operacyjną, jamy macicy nie skrobano, do laparotomji używa jedwabiu różnej grubości, „w danym wypadku specjalnie nie nakładano grubych nici jedwabnych".

Dla dokładności przytoczę przypadki F r e u n d a, na którego się powołano. Otóż Hermann F r e u n d (Strassburg) ogłosił w r. 1910 pracę „Cięcie cesarskie w groźnych krwotokach podczas rodzenia zaśniadu groniastego" (Kaiserschnitt bei bedrohlichen Blutungen in der Geburt bei Blasenmolen), w której przytacza trzy operowane przez siebie przypadki:

I przypadek — rozpoczynające się zapalenie otrzewnej ex appendicitide i ciężki zapad. Po usunięciu wyrostka robaczkowego opróżnił macicę z zaśniadu groniastego cięciem cesarskiem.

II i III przypadek — chore, każda po 51 lat, osłabione przez długotrwałe silne krwawienia. Przeciwwskazaniem do zabiegu pochwowego miała być niepodatność szyji (rigiditas cervicis) i stąd obawa, że zabieg taki byłby za krwawy i za ciężki w takim stanie skrwawienia. Wskazaniem do cięcia cesarskiego w tych przypadkach był ogólny stan chorych („Gesamteindruck") w szczególności silna anemja, która zakazywała dalszej utraty krwi i „stosunki miejscowe w części pochwowej, które w przypadkach ciąży u starszych kobiet mają duże znaczenie".

F r e u n d usprawiedliwiając wskazanie do laparotomji z powodu zaśniadu groniastego porównuje zaśniad z mięśniakiem podśluzowym (!), który musi być czasem operowany per laparotomiam w razie silnego skrwawienia i niemożności w poszczególnych przypadkach operowania przez pochwę.

Zanalizujemy przedewszystkiem przypadki Freunda. W przypadku I-szym: jeżeli było zapalenie otrzewnej, wychodzące z wyrostka robaczkowego, otwieranie macicy było bardzo ryzykowne, gdyż powiększało się infekcję z otrzewnej na mięsień macicy i jamę macicy. Raczej należało po appendektomji zaszyć powłoki nie ruszając macicy, a przez pochwę skończyć z zaśniadem groniastym, używając nawet w razie konieczności cięcia Dührsena (po odpreparowaniu pęcherza i otrzewnej przecięcie przedniej ściany szyji i dolnego odcinka macicy).

W przypadku II i III-cim było raczej wskazanie do całkowitego wycięcia macicy wraz z przydatkami, niż do cięcia cesarskiego. Krwawienie po cięciu cesarskiem z macicy nie wykazującej przedtem czynności porodowej może być czasem znacznie groźniejsze niż najwięcej krwawy zabieg pochwowy. W tych przypadkach wskazana była metreuryza, a jeśli ujście rzeczywiście było tak niepodatne, że rozszerzanie hegarami było niemożliwe, raczej usprawiedliwione było cięcie Dührsena.

Freund miał szczęście, bo w żadnym z jego przypadków nie rozwinął się następowo nabłoniak kosmkowy, a wszystkie trzy operowane zdrowo opuściły zakład.

Natomiast w przypadku naszym operator pierwszy (t. j .ten, który wykonał cięcie cesarskie) raczej winien był u osoby 24-letniej opróżnić macicę drogą pochwową, jeśli miał pewne rozpoznanie zaśniadu groniastego. Cięcie cesarskie byłoby usprawiedliwione, gdyby pierwotnie rozpoznawał łożysko przodujące, a wobec dużej macicy powyżej pępka i krwotoku silnego zdecydował się na ten sposób, jako najlepiej gwarantujący szybkie opanowanie krwotoku (nie zaś długotrwałych krwawień). Gdyby, stwierdziwszy podczas operacji błędne rozpoznanie, był usunął całkowicie macicę, zostawiając ewentualnie młodej kobiecie jeden jajnik cały lub jego część — byłby postąpił konsekwentnie, a logicznem rozumowaniem podczas zabiegu mógł poprawić szkodę spowodowaną błędnem rozpoznaniem. Ponieważ jednak pierwotne rozpoznanie było dobre, nie było usprawiedliwione ani cięcie cesarskie, ani usunięcie obydwóch jajników — raczej już usunięcie macicy.

Nie jest również celowe używanie jako podwiązek i szwów na mięsień macicy jedwabiu, zwłaszcza grubego, który daje gwarancję, że nigdy się nie zresorbuje, a jako ciało obce musi wywołać odczyn zapalny. Racjonalne jest szycie jedwabiem tam, gdzie go można po kilku dniach, po spełnieniu swego zadania, usunąć (skóra, pochwa i t. d.).

Wreszcie nadmienić muszę jeszcze jedną uwagę. W podręczniku Halbana i Seitza (Biologie und Pathologie des Weibes) w tomie VII/2 w pracy Hitschmanna (Blasenmole und malignes Chorionepitheliom) na stronie 488, wiersz 12 od dołu, napisano w ustępie o leczeniu zaśniadu groniastego:

„Krwawienie może być już z początkiem porodu (zaśniadu) tak gwałtowne, że n. p. Freund trzykrotnie był zmuszony wykonać cięcie cesarskie z powodu krwotoku i wąskich części miękkich narządu rodnego" (Die Blutung kann ja schon zu Beginn der Geburt so heftig werden, dass z. B. Freund sich dreimal gezwungen sah, wegen einer Blutung bei engen Weichteilen die Sectio caesarea zu machen).

a na stronie 489 (wiersz 15-ty z dołu):

„W razie silnego krwawienia, a przytem wąskich i niepodatnych części miękkich narządu rodnego można być zniewolonym do usunięcia zaśniadu groniastego cięciem cesarskiem" (Freund). (Bei starker Blutung und noch engen und starren Weichteilen kann man in die Lage kommen, die Blasenmole durch Sectio caesarea entfernen zu müssen — Freund).

Przeczytanie takich uwag w poważnym podręczniku może być dla ludzi mało krytycznych bodźcem do naśladowania Freunda. Tymczasem cytat ów w pracy Hitschmanna jest niedokładny, a dzięki temu wkradły się doń poważne nieścisłości, gdyż Freund powołuje się na niepodatność szyji (rigiditas cervicis) u starszych kobiet. Hitschmann zaś zrobił z tego „wąskie części miękkie" względnie „wąskie i niepodatne części miękkie". Freund dwukrotnie z tego powodu wykonał cięcie cesarskie, jeden zaś raz z okazji laparotomji z innego powodu zrobił „po drodze" cięcie cesarskie — Hitschmann wszystkie trzy przypadki sprowadził do tej samej przyczyny.

Trudno robić z tego powodu zarzut ś. p. prof. Hitschmannowi — w dużej swej pracy musiał pomieścić ogrom materjału cytowanego w postaci kilkuset publikacji, tak że byłoby fizyczną niemożliwością, by wszystkie te prace nawet sumiennie przeczytane mógł dokładnie cytować*) — natomiast wykazane nieścisłości są dowodem, jak krytycznie trzeba się odnosić do wielu ryzykownych twierdzeń nawet poważnych autorów.

O ile pierwsza część tego cytatu jest zupełnie dowolnem tłumaczeniem patogenezy samoistnych mięsaków mnogich barwikowych — tłumaczeniem wygodnem dlatego, że u tego samego indywiduum równoległe obok tego cierpienia wystąpił rak pierwotny pochwy — a zupełnie dowolnem dlatego, że z obrazu drobnowidowego tych guzków mógł niedoświadczony nawet histolog uważać je za typowe dla rozmaitych schorzeń (zwłaszcza dla naevus pigmentosus), tylko nie dla raka, doświadczeni zaś skórnicy z miejsca postawili z obrazu drobnowidowego właściwe rozpoznanie — odnoszenie zaś patogenezy mięsaków mnogich barwikowych do jakiejś metaplazji przerzutowych komórek rakowych byłoby, może słuszną, lecz niczem nieuzasadnioną, jeszcze jedną więcej teorją ich powstawania — o tyle druga część cytatu jest nieścisłem i również dowolnem podawaniem szczegółów rzekomo z mojej pracy.

Bo, ogłoszoną w r. 1926 w „Ginekologji Polskiej" tom V str. 306 pracę, streszczoną i przetłumaczoną umieścił Zentralblatt für Gynäkologie w r. 1927 w Nr. 23 str. 1450 (Das sogenannte multiple idiopathische Pigmentsarkom I Kaposi I der Vulva). To tłumaczenie było prawdopodobnie dostępne Kermaunerowi. Tamże na stronie 1454 w końcowym ustępie można wyczytać: „6 tygodni po naświetlaniu zniknęły prawie wszystkie guzki... W miejscach, gdzie były guzki, rysunek skóry jest zatarty, obfitsze złogi barwikowe. 6 miesięcy po naświetlaniu ustąpiło pozostałych 8 guzków. *W miejscach guzków wystąpiły w poziomie skóry nieregularne złogi barwika.* Rysunek skóry zatarty.

15 miesięcy po naświetlaniu Roentgenem srom był jak zasiany sinemi punkcikami, pomiędzy któremi rysunek skóry był zupełnie prawidłowy. Rak pochwy rozszerzył się jednak do tego stopnia, że chora musiała mu wkrótce ulec".

(6 Wochen nach der Bestrahlung sind fast alle Knötchen verschwunden... An Stelle der Knötchen ist die Hautzeichnung verwischt, reicher pigmentiert... 6 Monate nach der Röntgenbehandlung waren auch die übrigen 8 Knötchen verschwunden. *An Stelle der Knötchen fanden sich jetzt unregelmässige Pigmentanhäufungen im Hautniveau; die Hautzeichnung war verwischt. 15 Monate nach der Röntgenbestrahlung war die Vulva wie übersät mit dunkelblauen Pünktchen, zwischen denen die Hautzeichnung ganz normal war. Der Vaginalkrebs dagegen hatte sich so weit ausgebreitet, das die Kranke ihm bald erliegen dürfte").*

Te „drobne" nieścisłości dowodzą, że prof. Kermauner zaryzykował dowolnie twierdzenie, któremu najoczywiściej przeczy mikroskop.

Piśmiennictwo.

1) Ciechanowski: Chorionepithelioma — Ginekologja Polska 1925, str. 396. — 2) Essen Moeller: Chorionepithelioma — Monografja 1912. — 3) Freund: Kaiserschnitt bei bedrohlichen Blutungen in der Geburt bei Blasenmolen — Strassburger med. Ztg. 1910. Streszcz. Zbl. f. Gyn. 1910 str. 1120. — 4) Gromadzki: Z kazuistyki złośliwych nabłoniaków kosmkowych — Gin. Pol. 1927 str. 1086. — 5. Gromadzki: Złośliwy nabłoniak kosmkowy. Gin. Pol. 1923., str. 575. — Hitschmann: Blasenmole u. malig-

*) Podobna dość gruba nieścisłość przytrafiła się w tymże podręczniku Halbana i Seitza w tomie IV w pracy Kermauera „Klinika i operacyjne leczenie raków macicy". (Klinik und Behandlung der Krebsformen der Gebärmutter). Na str 786 wiersz 13-ty od góry czytamy:

„Uważam za bardzo prawdopodobne, że liczne niebieskawe guzki sromu, które Albin Garbień opisał jako samoistne mięsaki mnogie barwikowe (Kaposiego 1872) sromu, pomimo wrzecionowatego kształtu komórek, przypominających komórki mięsaka (próbne wycięcia) — należy uważać za przerzuty nie nadającego się do operacji raka pochwy, powstałe drogą naczyń limfatycznych na zewnętrznej skórze sromu i wewnętrznej powierzchni ud. Tem bardziej skłaniam się ku takiemu ujęciu sprawy, że guzki te zniknęły po naświetlaniu Roentgenem do 6 miesięcy, jednak *powróciły w miarę dalszego rozszerzania się raka pochwy tak, że po 15 miesiącach wszystko było niemi zasiane".* (Es ist für mich recht wahrscheinlich, dass die massenhaften bläulichen Knötchen der Schamgegend, die Albin Garbień als multiples idiopathisches Pigmentsarkom der Vulva (Kaposi 1872) beschrieben hat, trotz der sarkomähnlichen Spindelform der Zellen (Probeexcision) als lymphatisch auf die äussere Haut der Vulva und die Innenfläche der Oberschenkel ausgebreitete Metastasen des inoperablen Scheidenkrebses zu deuten sind. Ich neige umsomehr zu dieser Auffasung, als die Knötchen auf Röntgenbestrahlung innerhalb von 6 Wochen verschwunden, aber *mit dem Fortschreiten des Scheidenkrebses wiedergekommen sind, so dass nach 15 Monaten alles damit übersät war").*

nes Chorioepitheliom — Halban, Seitz Bd. VII/2. — 7) Karnicki: dysk. — Gin. Pol. 1926., str. 966. — 8) Lenczowski: dysk. Gin. Pol. 1927., str. 594 i 596. — 9) Mayer R.: Ueber klin. u. pathologisch — anat. Erfahrungen mit Chorionepith. — Zbl. f. Gyn. 1927., str. 2679. — 10) Mayer R.: Mola hydatoformis intravascularis — Arch. f. Geb. Bd. 122., str. 795. — 11) Mayer R.: Beiträge zur Pathologie und Klinik d. Chorionepith. — Ztschr. f. Geb. Bd. 92. H. 2. — 12) Pogonowski: O radykalnem postępowaniu w zaśniadzie groniastym — Gin. Pol. 1927., str. 710. 13) Pogonowski: Chorionepith. — Gin. Pol. 1925., str. 396. — 14) Sołowij: Ueber Bösartigkeit der Blasenmole — Verhandl. der D. Ges. f. Gyn. Berlin 1899. Bd. VIII., str. 375. — 15) Sołowij i Krzyszkowski: Beitrag zur Chorionepith. u. Blasenmolenfrage — Monatsschr. f. Geb. 1900 Bd. 12. — 16) Wyrwicki: 10 przypadków klinicznych zaśniadu groniastego — Gin. Pol. 1926., str. 701.

OCENY.

Prof. Dr. Karol Klecki: *Patologja ogólna*. Tom I. Nakładem Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie 1928. Str. 602.

Ukazanie się pierwszego tomu patologji Prof. Kleckiego jest wydarzeniem doniosłem i niezmiernie pożądanem, ponieważ dotąd nie mieliśmy takiego dzieła naukowego w literaturze polskiej. Nie mamy bowiem właściwie wielu patologów a przedewszystkiem nie łatwo znaleść autora, któryby tak opanował całokształt wiedzy lekarskiej. Sam autor patologji twierdzi, że „jest ponad możność i siły jednego człowieka napisać podręcznik obejmujący wszystkie działy rozległej dziedziny patologji", ale dzieła tego dokonał. Podręcznik ma wyjść w trzech tomach. Tom pierwszy obejmuje nozologję ogólną, działanie czynników chorobotwórczych zewnętrznych z wyłączeniem pasorzytów i zarazków oraz naukę o samozatruciach. Tom drugi ma obejmować sprawy pasorzytne i zakaźne łącznie z nauką o zapaleniu i gorączce. Tom trzeci obejmie chorobotwórcze działanie czynników ustrojowych, a zatem naukę o usposobieniu do chorób, o dziedziczności i konstytucji patologicznej. We wstępie kreśli autor rozwój nauki patologji od najdawniejszych czasów do dnia dzisiejszego. Autor podnosi znaczenie eksperymentu na zwierzęciu jako metody badania, która przyczyniła się najwięcej do postępu nauki, przyczem mówiąc o eksperymencie na ludziach potępia ich dokonywanie, nawet na nieuleczalnie chorych, uważając, że doświadczenia takie można robić jedynie na sobie samym albo na ofiarnych jednostkach.

W nozologji ogólnej daje autor zarys historycznego rozwoju pojęcia choroby, mówi o witalistycznem i materjalistycznem ujmowaniu życia, przyczem podnosi, że materjalizm nie zdołał opanować w zupełności nauki, że „wprawdzie badać możemy materjalną tylko stronę zjawisk życiowych, ale że jednostronne czysto materjalistyczne ich ujmowanie daje światopogląd ciasny i pozbawiony tej wzniosłości, jaką mu nadaje pierwiastek idealny".

Dalej omawia normę i próby jej określenia, poczem po dokładnem przedstawieniu rzeczy dochodzi do określenia a raczej opisu czyli ujęcia tego co nazywamy chorobą, „jako sumy spraw życiowych toczących się w ustroju danego osobnika, inaczej, jak w jego stanie prawidłowym i będących wyrazem bądź własności dziedzicznej danego osobnika, bądź też przystosowania się lub niemożności przystosowania się danego ustroju lub jego części do danych warunków bytu".

Potem omawia ewolucję i zejście chorób.

Drugą obszerniejszą część książki stanowi etjologja i patogeneza ogólna. W tej części jest mowa o działaniu czynników fizycznych jakoto czynników mechanicznych, cieplnych, światła ze szczególnem uwzględnieniem działania fotodynamicznego promieni Roentgena, radu i toru, działanie elektryczności, działanie zwiększonego i zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego, działanie głosu oraz zespołu czynników fizycznych, jako to klimatu, pór roku, pogody. Interesującem jest dla lekarza omówienie chorób ruchowych czyli kinetoz, choroby górskiej, choroby lotników oraz tak zwanej meteoropatji. Obszernie przedstawia autor działanie czynników chemicznych, a to ze względu na zatrucia i samozatrucia.

Po wstępie obejmującym wiadomości ogólne z toksykologji, tłumaczy pojęcie jadowitości i zależności działania jadów od różnych czynników, jako to od ich stanu fizycznego, konstytucji chemicznej, od dawki i sposobu wnikania do ustroju i t. d., jak również od czynników ustrojowych. Należy podnieść że autor mówiąc o różnych jadach i ich działaniu szczegółowo przedstawia działanie gazów bojowych.

Ważnym jest również rozdział o ochronie ustroju od zatrucia, a to przez przeobrażenie, wiązanie chemiczne jadów w ustroju, ich wydalenie, zobojętnianie przez nowe związki oraz przyzwyczajenie do jadów. Szczegółowo są omówione różne postacie samozatrucia jako to znużenie, samozatrucie z przewodu pokarmowego, samozatrucie żółciowe i wszystkie postacie żółtaczek, mocznica, eklampsja, przyczem zaznacza, że w niektórych z przytoczonych spraw chorobnych zachodzi kwasica.

Po dokładnem przedstawieniu nauki kwasicy i alkalozie omawia autor te sprawy chorobowe, których zmiany istotnego oddziaływania krwi, są bliżej poznane lub mają większe znaczenie. W szeregu odrębnych rozdziałów omawia przeto cukrzycę, przyczem naszkicowana jest przemiana materji, regulacja przemiany węglowodanów przez gruczoły dokrewne i układ nerwowy, ze szczególnem uwzględnieniem działania insuliny; przecukrzenie krwi i powstawanie cukromoczu w różnych jego postaciach, poczem omawia patogenezę cukrzycy opierając się na badaniach eksperymentalnych i klinicznych.

Potem przedstawia okresowe wymioty dziecięce, powstawanie krzywicy, zmiękczenie kości, ciężkie zaburzenia czynności wątroby i inne sprawy związane z kwasicą. Odrębny rozdział stanowi kwasica gazowa, uwzględnia także kwasicę miejscową i komórkową stwierdzoną zapomocą mikrurgji.

Jako alkalozy przytacza tężyczkę i padaczkę i mówi o samozatruciu w innych sprawach chorobnych. Ostatni większy rozdział stanowią sprawy chorobowe, powstałe na tle niedostatecznego lub nadmiernego dowozu substancyj odżywczych do ustroju. Po krótkim wstępie, w którym autor podaje elementy przemiany materji w ogólności, a w szczególności przemianę spoczynkową i minimalny pobór poszczególnych składników pokarmowych, autor omawia niedostateczny dowóz substancyj odżywczych, głód zupełny, niedożywienie, przyczem korzystając z doświadczeń poczynionych w ostatniej wojnie w znacznej mierze przez lekarzy polskich, omawia sprawy na tem tle powstałe jak puchlinę głodową, zaburzenia w sferze płciowej u kobiet, choroby kości, potem głód częściowy a zatem brak poszczególnych składników pokarmowych, przyczem szczególnie dokładnie brak witamin i różne na tem tle powstałe awitaminozy.

Ze względu na szczególnie ważne znaczenie witamin dla wzrostu, omawia działanie różnych czynników na wzrost. Jest to jeden z najlepszych rozdziałów książki, podobnie jak rozdziały: o żółtaczce, o znużeniu, o kwasicy, lub o zboczeniach przemiany materji.

Odrębny rozdział stanowią skutki pobierania biologicznie niepełnowartościowego białka.

W końcu omawia autor nadmierny dowóz substancyj odżywczych, działanie nadmiaru poszczególnych składników pokarmowych, działanie ich nieodpowiedniego stosunku w pokarmach, chorobliwą otyłość w ogólności, a w szczególności otyłość z przekarmienia.

Na końcu książki zamieścił autor skorowidz nazwisk i bardzo szczegółowy spis rzeczowy, ułatwiający w szybki sposób orjentowanie się w tak obszernym materjale dzieła.

Książka wydawać się może pozornie nieco za obszerną, bo też jest przeznaczona nie tylko dla młodszych lecz i dla starszych studentów, może ją jednakże z niemniejszą korzyścią przeczytać i wiele się z niej nauczyć i niejeden z lekarzy, któryby w łatwy sposób, bez studjów obszernej literatury specjalnej, poinformować się pragnął o stanie dzisiejszej nauki lekarskiej w rozlicznych jej dziedzinach. Obfita bowiem treść książki opiera się na bardzo rozległej literaturze, którą autor bądź przytacza w całości, bądź daje wskazówki łatwego jej odszukania.

W opracowaniu całego dzieła uderza wszechstronność autora, który w treściwej formie dał obraz tak rozległego zakresu dzisiejszej wiedzy medycznej. Nie tylko bowiem działy w których autor sam twórczo pracował, ale cały wogóle materjał książki wyszły z pod jego pióra tak wyczerpująco i krytycznie, jak to być mogło tylko u tak doświadczonego badacza i uczonego.

Układ książki i podział materjału jest zupełnie oryginalny, a należy też podnieść z uznaniem, że autor uwzględnił w szerokim zakresie piśmiennictwo polskie.

Uczniom swym dał autor dzieło, o podstawowem dla nich znaczeniu, w którym skrystalizował doświadczenie i pracę całego swego życia. To też nikt u nas nie mógłby z pewnością lepiej się wywiązać z tego trudnego zadania. Wydawnictwo to czyni też zadość zdawna odczuwanej potrzebie i wypełnia poważny brak w dotychczasowem naszem piśmiennictwie.

Patologja stanowi bowiem główną i zasadniczą naukę w medycynie i bez zaznajomienia się z nią nie może być mowy o należytem wykształceniu przyszłych lekarzy.

Oczekujemy też z niecierpliwością ukazania się zapowiedzianych dalszych tomów tego prawdziwie cennego i tak znakomicie zapoczątkowanego dzieła. *Józef Latkowski.*

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 8, za sierpień 1928: L. Bremejsen: Zakażenia ustne i sposoby zapobiegania na podstawie prac, ogłoszonych w ciągu ostatnich lat czterech. — Sprawozdanie z posiedzenia dyskusyjnego Towarzystwa stomatologicznego. — Dział streszczeń. — Nowości przemysłu dentystycznego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 37, z 9 września 1928: P. Jabłoński: Adonis vernalis — Miłek wiosenny — Sporysz i wyciąg sporyszowy. — Chuculi bualmome, chleb głodu. — Sprawy zawodowe.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 17, z 1 września 1928. Markowa: Leczenie zakażenia połogowego. — T. Kucharski: Dieta Whipple,a w leczeniu niedokrwistości. — M. Wołodkiewiczówna: Dwa przypadki hypoglikemji po insulinie u chorych na cukrzycę. — A. Kozieradzki: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza. (wydał A. Wrzosek), (c. d.).

Wiadomości lekarskie, rok I., nr. 6, z września 1928: H. Mierzecki: Doustne leczenie kiły a Kasy chorych. — H. Lenartowski i M. Seidler: O uterosalpingografji. — M. Schieber: Znaczenie badania roetgenowskiego płuc w przychodniach przeciwgruźliczych. — M. Brill: Zębolecznictwo w wieku szkolnym i przedszkolnym z punktu widzenia społecznego. — O. S.: Ubezpieczenia społeczne w Rumunji. — Medycyna społeczna: Alkohol i nieszczęśliwe przypadki. — Spędzenie płodu w projekcie nowej ustawy karnej w Czechosłowacji.

Dziecko i matka, rok III, nr. 17, z r. 1928: L. Krzemieniecka-Wolicowa: Dziecięcy pokój. — S. Lewartowiczówna: Dziecko przy stole. — J. Ładzianka: Pokój dziecięcy. — Fr. Ks. Cieszyński: Tryb życia w mieście. — P. Gleich: Dur brzuszny. — Dr. H. K.: O robakach czyli pasożytach jelitowych. Część II. Glista ludzka.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 30, z 13 września 1928 r.: J. M. Barciński: Nieoperacyjne metody leczenia nowotworów złośliwych (dok.). — L. Hirszfeld: Grupy krwi w patologji. — Wł. Matecki: Zagadnienie konstytucji psychofizycznej (streszcz. zbior.), (c. d.). — H. Higier: Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlania promieniami Roentgena. — St. Tubiasz: Rola ośrodka zdrowia w administracji sanitarnej.

Pedjatrja Polska, tom VIII, zeszyt 4, za lipic i sierpień 1928: Michałowicz: Dalsze rozwinięcie szematu „Dick-Brokman" w zastosowaniu do choroby płoniczej. — Kwaskowski: O zamknięciu t. zw. tamy wątrobowej w związku z chorobą płoniczą. — Barański i Gumiński: Z kliniki ropnia pozagardłowego. — Bussel: Przypadek prosówki gruźliczej o ostrym przebiegu. — Bussel: Przyczynek do epidemjologji rumienia guzowatego. — Wiszniewski: Przypadek meningoencephalitis et neuritis optica luetica u dziecka 20-miesięcznego. — Wiszniewski: Przypadek błonicy nosa, powikłanej skazą krwotoczną u niemowlęcia. — Lewenfiszowa: O podstawowej przemianie materji (streszczenie zbiorowe).

Opieka nad dzieckiem, rok VI, nr. 4, za lipiec i sierpień 1928: K. Ryder: Naturalny przyrost ludności i jego czynniki. — M. Elentuch: Twórczość w domach sierót. — W. Tarnowska: Opieka nad matką i dzieckiem we Francji. — A. Klęsk: Obrona dziecka przed rodzicami.

Medycyna, rok II, nr. 36, z 8 września 1928 r.: W. Kessler: Próby leczenia chorych raka zapomocą surowicy swoistej. — N. Krąkowska: W sprawie głuchoty. — S. Kramsztyk: Wzrost wola i biochemja jodu. — M. Pecker: Wpływ wadliwej przemiany ciał purynowych na powstawanie i przebieg cukrzycy. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (c. d.).

Wiedza lekarska, rok II, zeszyt 9, za wrzesień 1928: J. Węgierko: Zasady leczenia wapniem. — Z. Szymański: Przyczynek do techniki znieczulania.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 67.

Fleischner. *Wartość rentgenodjagnostyki przy technicznem rokowaniu sztucznej odmy.* Trzy objawy uważane są na ogół za wyraz zrostów opłucnej: 1) zazębienia w zarysie przepony lub serca, jako wyraz zrostów opłucnej przeponowej lub śródpiersiowej z opłucną płuca; 2) niedostateczne przy wdechu wyjaśnienie zatoki przeponowo-żebrowej lub nieruchome poprzeczne ustawienie przepony, jako wyraz zarośnięcia zatoki; 3) zwężenie międzyżebrzy i przemieszczenie narządów śródpiersia, jako wyraz zgrubień opłucnej żebrowej z opłucną płuca. Wobec różnorodności objawów rozpatruje Fleischner oddzielnie zrosty przeponowe, żebrowe i śródpiersiowe.

Bezpośrednim objawem zrostu jest jedynie nieruchomość przy oddechaniu; wszystkie inne objawy są objawami pośredniemi, o niestety, ograniczonym znaczeniu. Co się tyczy opłucnej przeponowej, to wysokie ustawienie przepony nie zawsze świadczy o zrostach; półkuliste wypięcia w cieniu przepony powstają z niejednolitości mięśni i wypinania wskutek tego mniej silnych okolic przez parcie wewnątrzbrzuszne; cienie o postaci trójkąta nasadzone na zarys przepony są ogólnie uważane za wyraz zrostu. Wobec tego, iż w przypadkach z cyplami przeponowemi brak nieraz przy obdukcji zrostów, z drugiej zaś strony — odma odrazu nieraz odsuwa płuco, Fleischner zjawisko to objaśnia utratą elastyczności pewnej okolicy płuca, która przy wdechu pozostając na miejscu, zatrzymuje, ze względu na warunki ciśnieniowe w jamie opłucnej, opłucną przeponową wraz z przeponą. Autor nie odważa się twierdzić, iż tylko w ten sposób należy objaśnić powstanie zazębień w przeponie, uważa jednak za niesłuszne stanowcze rozpoznawanie zrostu na podstawie wymienionego zjawiska. Częstość faktycznego istnienia zrostów w tych przypadkach należy tłumaczyć częstością zmian opłucnej, towarzyszących przewlekłym schorzeniom płuc; może ich jednak też nie być. Cyple o niejasnem ograniczeniu i grzebieniowatym wierzchołku, które przy bocznem prześwietleniu zaostrzają się i wchodzą w szczelinę międzypłatową — są prawie zawsze wyrazem zrostów powstałych wskutek schorzenia opłucnej. Cyple inaczej umiejscowione są ostre i nie zawsze odpowiadają zrostom. Nawet odwrotnie, występowanie ostrych cypli świadczy o luźności tkanki łącznej pod opłucną przepony i braku jej zgrubień.

Przepona o normalnych zarysach i ruchomości może być zrośnięta z płucem, i odwrotnie — ograniczoną ruchomość można napotkać przy wolnej opłucnej, w grę bowiem wchodzą przyczyny mechaniczne, mięśniowe i nerwowe.

Zrosty zatoki przeponowo-żebrowej mogą być ustalone przez głębokie wdychanie: w odróżnieniu od płynu, granica zacienienia porusza się nie równolegle ku dołowi, a pozostaje nieruchomą przy ścianie, poruszając się ku dołowi medjalną częścią; różniczkowanie jest niemożliwe przy bardzo małym cieniu lub słabych ruchach przepony.

Zrost opłucnej żebrowej z opłucną przeponową nie dowodzi zrostu z płucem, tak jednak często bywa; przy szerokich zrostach brzeg płuca jest zawsze przyrośnięty. Przy rozedmie i złej ruchomości przepony na podstawie nierozwierania się zatoki nie należy wnioskować o zrostach. Opłucna śródpiersiowa nie jest omawiana.

Ruchy przepony synchroniczne z rytmem serca. Zdaniem Hitzenbergera normalnie widoczne są z prawej strony ruchy przepony odpowiadające ujemnemu tętnu wątroby, t. j. przy skurczu przepona opuszcza się; przy insufficientia valvulae tricudispidalis rytm ten jest odwrócony; z lewej strony w średniej części ruchy zależą od samego serca (przy skurczu przepona podnosi się), zewnętrzna część porusza się synchronicznie z średnią częścią lub odwrotnie (co zależy od lewego płatu wątroby i śledziony) lub wcale się nie porusza. Odwrócenie tych synchronicznych z tętnem ruchów przepony spowodowane jest przez utratę elastyczności pewnych okolic płuca i może, ale nie musi, świadczyć o zrostach; zrost sam przez się, najczęściej połączony ze zgrubieniem opłucnej, znosi zupełnie ruchy rytmiczne.

Ważne znaczenie dla rokowania technicznego odmy ma sprawa zrostów opłucnej żebrowej. O ile przy jasnem płucu mamy objawy marskiego zgrubienia opłucnej, to z tego wniosek zrostu jest jasny. Przy zacienionem płucu ze zmianą postaci klatki piersiowej i z posunięciem śródpiersia — przyczyną wywołującą te zmiany może być marskość jedynie płuca, zrostów może zupełnie nie być; najczęściej przewlekła sprawa płucna prowadzi jednak do zrostów.

Krótkotrwałość sprawy, jej ostrość, miękkie płaszczyznowe cienie w rentgenie pozwalają przypuszczać brak zrostów; naodwrót stare sprawy o charakterze włóknistym przemawiają za zrostami.

Przy jasnem płucu zgrubienia opłucnej mogą być bezpośrednio widoczne. Występują one w postaci wąskich cieni wzdłuż ściany klatki piersiowej. Jest to pleuritis lamellaris Fleischnera. Zgrubieniom odpowiada prawie zawsze zrost. Niewidoczne na zdjęciu zgrubienia, dają tak delikatne zrosty, iż rozchodzą się one przy stosowaniu odmy.

Dla wyjaśnienia sprawy zrostów jest bardzo cennym sposób Bernou, wymagający jedynie prześwietlenia; dobre rozszerzanie się międzyżebrzy przy wdechu przemawia za brakiem zgrubień

opłucnej, a zarazem i za brakiem mocniejszych zrostów; brak rozszerzania się za zgrubieniem i zrostem. W niektórych przypadkach dobrej rozszerzalności międzyżebrzy a nieudanej próbie odmy, na zdjęciu ujrzano pleuritis lamellaris.

W przypadkach o znacznem zaciemnieniu płuca z nieruchomemi przy wdechu żebrami może rozszerzanie się międzyżebrzy przy nachylaniu w stronę zdrową, ustalone mierzeniem, wyjaśnić, czy marskość płuca jest połączona z zrostami opłucnej.

Zmiany opłucnej w szczytach prowadzą stale do zrostów.

Zmiany, jak nierówność granicy, obniżenie jej (w porównaniu ze stroną przeciwną), pasy włókniste przenikające w płuco, przemawiają za sprawą opłucnową. Na podstawie niejasności szczytu nie można wnioskować o zmianie opłucnej; tylko obecność nacieczenia starszej daty, i to nie bez wyjątku pozwala na przypuszczenie zrostów.

Przy zrostach opłucnej gruczoły chłonne pachowe na skutek połączenia z naczyniami chłonnemi górnej części płuca często są gruźliczo zmienione. Ustalono, iż we wszystkich przypadkach gruźliczego schorzenia gruczołów pachowych były zrosty opłucnej. Przez stwierdzenie rentgenologiczne zwapienia w gruczołach pachowych można wobec tego sądzić o obecności starych zrostów.

K. B. G. (Łódź).

SPRAWY ZAWODOWE.

Dr. A. SIANOWSKI. Królewska Huta.

O Izbie Lekarskiej dla województwa śląskiego.

Sprawa Izby Lekarskiej na Śląsku wałkuje się już coś około 4 lat. Ponieważ warunki miejscowe nie sprzyjały tworzeniu samodzielnej Izby, a nawet w znacznym stopniu gmatwały sytuację, lekarze śląscy w porozumieniu z poznańskimi postanowili swego czasu połączyć się w jedną Izbę, co zdawało się być przychylnie traktowane przez władze warszawskie. Pomimo to sprawa cała utkwiła na martwym punkcie, aż nareszcie w zeszłym roku Sejm śląski z własnej inicjatywy powziął uchwałę stworzenia samodzielnej Izby Lekarskiej. Podczas pobytu Pana Prezydenta Rzeczypospolitej na G. Śląsku, lekarze wręczyli mu petycję z prośbą o wprowadzenie w czyn decyzji Sejmu. Obecnie kwestja ta zdaje się zbliżać ku końcowi, bo, o ile mi wiadomo, władze wojewódzkie miejscowe dość energicznie przystąpiły do dzieła. Będzie to, co prawda, najmniej liczna Izba w Państwie, bo licząca niespełna 2½ setki członków, możliwe, że zdarzą się z czasem i pewne objekcje, na które już dzisiaj nie wolno przymykać oczu, no, ale skoro „vox populi — vox Dei“, prawdopodobnie będziemy wkrótce świadkami narodzin najmłodszej z Izb.

Lecz żeby zapewnić jej prawidłowe funkcjonowanie, nie należało zapominać że głównym tegoż warunkiem jest koniecznie wprowadzenie najpierw w województwie śląskiem ogólno państwowej ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej z dnia 22. XII. 1921. Póki obowiązują w części górnośląskiej dawne prawa pruskie, a w cieszyńskiej, zdaje się, austrjackie. Ustawa zaś o ustroju Izb Lekarskich w Państwie jest obowiązującą i dla województwa śląskiego, jako zatwierdzona przez Sejm w Warszawie, a wypływa ona z ogólno-państwowej ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, która także została przez tenże Sejm zatwierdzoną. Przyszła Izba Śląska eo ipso podlegać musi Naczelnej Izbie w Warszawie, a czy to będzie możliwe, skoro na Śląsku obowiązuje jurysprudencja krajów zaborczych, Naczelna zaś Izba Lekarska może się opierać jedynie na ustawach ogólno-państwowych? Jasne jest, że wyniknie stąd galimatjas. O tem należało w województwie śląskiem pamiętać, i Sejm Śląski nasamprzód powinien był uchwalić wprowadzenie ogólno-państwowej ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, aby nie znaleść się w sprzeczności z uchwałą w sprawie Izby. Jeżeli swego czasu Sejm Śląski mógł krótko a węzłowato powziąć uchwałę o wprowadzeniu obowiązkowej służby wojskowej dla Ślązaków (zupełnie słusznie, według mnie), choć Śląsk był zwolniony od tej powinności na lat 15, chyba nie będzie przedstawiała żadnych trudności tak bagatelna uchwała, a tak konieczna dla wprowadzenia jednolitego systemu wykonywania praktyki lekarskiej w Pańswie.

A więc najpierw — wprowadzenie w województwie śląskiem tej zasadniczej ustawy, a później dopiero — Izba Lekarska.

Organizacje Lekarskie.

Trzej lekarze, przystępując do Związku lekarzy państwa polskiego, podpisali zobowiązanie, że nie przyjmą posad bez zgody Związku. Związek ogłosił bojkot posad kontraktowych lekarzy dla funkcjonarjuszów państwowych. Pomienieni lekarze nie poddali się uchwale Związku i wbrew zobowiązaniu, przyjęli powyższe posady kontraktowe. Zarząd Związku lekarzy, uznając, że takie postępowanie jest niehonorowe i nie licuje z godnością członka Związku, wykreślił owych lekarzy ze swego grona, a widząc w ich postępowaniu czyn niehonorowy, skierował sprawę do sądu dyscyplinarnego Izby Lekarskiej.

Izba lekarska i Związek lekarzy — to dwie organizacje zupełnie różne. Państwo dało lekarzom, taksamo, jak adwokatom, autonomję korporacyjną. Lekarz może należeć, lub nie należeć do Związku, ale jest z samego prawa członkiem Izby lekarskiej. Ta ostatnia istnieje przedewszystkiem w interesie państwa, gdyż wykonuje władzę, jaką państwo na nią przelało. Sąd dyscyplinarny Izby lekarskiej ma uprawnienia bardzo szerokie, może zabronić praktyki lekarzowi na czas określony, lub nawet na zawsze.

Otóż zarząd izby lekarskiej, po otrzymaniu doniesienia zarządu Związku o niehonorowem, zdaniem tego zarządu, zachowaniu się trzech jego byłych członków, podzielił to zapatrywanie i oddał owych lekarzy pod sąd dyscyplinarny.

Dowiedziawszy się o takiej uchwale zarządu izby lekarskiej, wskutek skargi poszkodowanych, ministerstwo spraw wewnętrznych, posiadające nadzór nad izbą lekarską, poleciło zawiesić postępowanie dyscyplinarne. Ministerstwo wyraziło pogląd, że w postępowaniu trzech lekarzy niema cech nieetyczności, lub niehonorowości, że przeto zarząd izby lekarskiej, wszczynając postępowanie dyscyplinarne, przekroczył zakres swojej władzy.

Na to zarządzenie ministerjalne zarząd Izby lekarskiej odwołał się do najwyższego trybunału administracyjnego. Sprawę jednak przegrał. Trybunał wyjaśnił, że bojkotowanie kontraktowych posad rządowych szkodzi interesom państwa, a więc jest niemoralne. Izba lekarska musi mieć na widoku interesy państwa i nie może dlatego uciekać się do represji przeciwko tym swoim członkom, którzy nie chcą wykonywać uchwał Związku prywatnego, szkodliwych dla państwa. Niedotrzymanie zobowiązania, szkodzącego państwu, a więc niemoralnego, może być przedmiotem sądu korporacyjnego, czyli sądu danego Związku, ale nie sądu dyscyplinarnego, który urzeczywitnia interes państwowy. Z tych względów najwyższy trybunał administracyjny uznał, że ministerstwo spraw wewnętrznych, sprawujące władzę nadzorczą nad izbami lekarskiemi, miało zupełną podstawę do wkroczenia i uchylenia postępowania dyscyplinarnego.

A.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

I Ogólno-Polski Zjazd prowizorów i magistrów farmacji nieposiadających aptek odbędzie się w Warszawie w dniu 14 października b. r. Program Zjazdu obejmuje trzy zasadnicze punkty: 1) Dyskusja nad zniesieniem przywileju aptecznego, 2) Rozszerzenie praw dla dyplomów prowizora i magistra farmacji, 3) Sprawa apteczna, a sprawa drogeryjna

Kurs Alkohologji. Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Państwowa Szkoła Higjeny w porozumieniu z Polskiem Towarzystwem walki z alkoholizmem „Trzeźwość“ organizuje w dniach 22. X. — 27. X. r. b. włącznie III-ci Kurs Alkohologji p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie“. W wykładach będą szczegółowo rozważone: napoje wyskokowe w gospodarstwie narodowem, fizjologiczne oddziaływanie alkoholu na organizm ludzki, wpływ alkoholu na stosunki społeczne i na zdrowotność publiczną oraz systemy walki z alkoholizmem i jego zwalczanie na ziemiach polskich.

Wyjaśnień w sprawach Kursu udziela Sekretarjat Kursu — Państwowa Szkoła Higjeny, Chocimska 24, telefon 423-58 od godziny 1-ej do 3-ej po południu.

Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

1) Polskie Tow. Med. Społ. przeznacza tysiąc złotych rocznie na fundusz stypendjalny dla studenta-medyka 4 lub 5 roku, lub młodego lekarza, poświęcającego się pracy naukowej z zakresu nauk lekarskich.

2) Stypendjum nadawane jest w drodze konkursu ogłaszanego 1 marca, na przeciąg jednego roku akademickiego, licząc od 1-ego września.

3) Kandydaci winni składać na ręce sekretarza Towarzystwa podanie i curriculum vitae, uwzględniające kierunek zamieszczonej pracy oraz opinję dotychczasowych kierowników naukowych.

4) Wybór kandydata powierza się Komisji naukowej, wybieranej corocznie przez Zarząd Towarzystwa w składzie 3 członków.

5) Stypendjum przyznaje Zarząd na zasadzie powziętej uchwały.

6) Zasadniczo przyznaje się stypendjum na rok jeden; prolongowanie jest możliwe, ale najwyżej dwukrotnie.

7) Stypendjum zobowiązuje do złożenia sprawozdania z pracy wykonanej w ciągu roku.

Podania należy składać na ręce sekretarza Towarzystwa Dra W. Knappe, Hoża 37 m. 4.

Dr. med. Kazimierz Zieliński, lekarz naczelny Szpitala Przemienienia Pańskiego, obecny prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wybitny praktyk i klinicysta, obchodzi w tym roku 40-letnią rocznicę pracy lekarskiej. Urodzony w 1863 roku w Marjampolu (ziemia Suwalska), zapisał się na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w 1883 i ukończył go w r. 1888. Największą część swego pracowitego żywota poświęcił szpitalowi na Pradze. W życiu społecznem, zawodowem i naukowem bierze żywy udział i spotyka się ze szczerem uznaniem świata lekarskiego i miłością kolegów. W 40-lecie składa Szanownemu Jubilatowi redakcja Pol. Gaz. Lek. serdeczne życzenia długich i szczęśliwych lat dalszej pracy.

Przewodnik po Uzdrowiskach i Letniskach polskich, pod redakcją Czesława Rokickiego, Wydanie III. Warszawa 1928, stron 259+XL. Cena 3 zł. 75 gr. O wartości wydawnictwa świadczy najlepiej stałe ukazywanie się „Przewodnika" Rokickiego już trzeci rok z rzędu. Na treść trzeciego wydania składają się opisy i informacje z 442 uzdrowisk i letnisk, zestawienie najważniejszych wskazań dla leczenia uzdrowiskowego, porównawcze zestawienie polskich wód mineralnych z wodami obcemi, wykaz uzdrowisk, korzystających z prawa udzielania ulg kolejowych, skorowidz uzdrowisk według województw i powiatów, mapka polskiego wybrzeża morskiego, mapka Zakopanego. Redakcja wprowadziła w ostatniem wydaniu pewne zmiany. Zmniejszyła przedewszystkiem format „Przewodnika". Wskazania dla leczenia zostały przejrzane i poprawione przez fachowego znawcę lecznictwa zdrojowego i klimatycznego. W rejestrze uzdrowisk przybyło kilkadziesiąt nowych miejscowości. Bardzo sumiennie opracowano dział informacyjny. Bardzo dobry papier, wielka liczba nienagannych ilustracyj, czysty, czytelny druk, oto dalsze zalety tego bardzo pożytecznego i sympatycznego wydawnictwa. Jest ono w istocie rzeczy czemś więcej, aniżeli zwykłym przewodnikiem. El-Kor.

Polski Komitet Walki z Reumatyzmem. Z inicjatywy i pod przewodnictwem B. Ministra Dr. W. Chodźki odbyło się w Państwowej Szkole Higjeny posiedzenie organizacyjne w sprawie utworzenia Polskiego Komitetu Walki z Reumatyzmem.

Po wysłuchaniu zgłoszonych referatów o obecnym stanie akcji przeciwreumatycznej na Zachodzie tudzież o rozmiarach klęski reumatycznej w Polsce, zebrani jednogłośnie uchwalili założenie Polskiego Komitetu, dokonywując jednocześnie wyborów do Zarządu, który ukonstytuował się, jak następuje:

Dyr. P. S. H. Dr. Witold Chodźko (Prezes),
Dyr. P. Z. H. Doc. Dr. Ludwik Hirschfeld,
Dr. Henryk Kłuszyński (Warszawa),
Prof. Dr. Ludwik Korczyński (Kraków),
Dr. Anastazy Landau (Warszawa),
Prof. Dr. Witold Orłowski (Warszawa).
Dr. Gustaw Raciążek (Warszawa),
Prof. Dr. Roman Rencki (Lwów),
Doc. Dr. Władysław Szenajch (Warszawa),
Doc. Dr. Gustaw Szulc (Warszawa),
Prof. Dr. Ireneusz Wierzejewski (Poznań).

Komitet uchwalił rozpocząć akcję próbną na terenie Amelina oraz wydelegować swego przedstawiciela do Londynu na Zjazd Międzynarodowy, poświęcony zagadnieniom reumatycznym.

Statut Polskiego Komitetu Walki z Reumatyzmem. § 1. Polski Komitet Walki z Reumatyzmem ma na celu:

a) nawiązanie kontaktu z odpowiedniemi Komitetami Narodowemi zagranicą dla wspólnej i skoordynowanej akcji przeciwreumatycznej,

b) organizowanie konferencyj i zjazdów naukowych i społecznych w sprawach, dotyczących walki z reumatyzmem,

c) przeprowadzenie badań doświadczalnych, statystycznych i klinicznych nad reumatyzmem oraz wydawanie odpowiernich publikacyj.

§ 2. Centrala Polskiego Komitetu Walki z Reumatyzmem mieści się w Warszawie.

§ 3. Zebrania plenarne będą zwyływane przynajmniej raz na rok.

§ 4. Polski komitet Walki z Reumatyzmem składać się będzie z członków zwyczajnych, korespondentów i członków honorowych.

§ 5. Członkowie zwyczajni wybierają Zarząd w liczbie 10 członków na okres dwuletni.

§ 6. Członkami zwyczajnemi mogą być: osoby fizyczne, osoby prawne oraz instytucje państwowe, samorządowe, społeczne i ubezpieczeń społecznych.

§ 7. Na posiedzeniu plenarnem Zarząd składa sprawozdanie roczne z działalności komitetu.

Z kraju.

Uczczenie pamięci Dietla. W Druskienikach odbyło się dnia 22 sierpnia b. r. uroczyste posiedzenie tamtejszego Towarzystwa lekarskiego, poświęcone pamięci Józefa Dietla. Zagaił je prezes Towarzystwa Prof. dr. Schilling-Siengalewicz. Dr. Leon Szajerowicz skreślił życiorys i działalność Dietla. Prof. dr. W. Jasiński wygłosił odczyt p. t.: Balneologja i jej znaczenie dla państwa i dla społeczeństwa. Uczestnicy zebrania złożyli na Fundusz Budowy Instytutu Balneologicznego 200 zł. Jedna z głównych ulic Druskienik otrzyma nazwę ul. Józefa Dietla.

Kraków.

Zdrojownictwo i Uzdrowska polskie w wydawnictwie „Dziesięciolecie Polski". Dla upamiętnienia pierwszego dziesięciolecia odnowionej Polski wydaje „Ilustrowany Kurjer Codzienny" obszerne dzieło, poświęcone zobrazowaniu życia polskiego we wszystkich dziedzinach twórczej pracy. Rozdział o zdrojownictwie i o uzdrowiskach opracowuje Prof. Dr. L. Korczyński.

Do Szanownych P. Kolegów, pracujących w dziedzinie chorób serca i naczyń krwionośnych!

„Niemieckie Towarzystwo dla badań systemu krążenia" (Deutsche Gesellschaft für Kreislaufferschung) zwróciło siz do mnie z prośbą, aby przesyłać referaty dla ich organu „Zeitschrift für Kreislaufforschung" z wszystkich prac polskich, obejmujących dziedzinę fizjologji, patologji i kliniki krążenia.

Wychodząc ze założenia, że leży to w interesie nauki polskiej, aby prace nasze znane były na zachodzie, proszę wszystkich Kolegów, by odbitki swych prac z tej dziedziny przesyłali na moje ręce pod adresem: Dr. Roman Glassner, Kraków, Kalwaryjska 5.

Lwów.

Lwowska Izba Lekarska uzyskała zniżki do teatrów lwowskich. Kancelarja Izby Lekarskiej (ul. Zyblikiewicza 23 I p.) sprzedaje Członkom Izby, wykazującym się legitymacją członkowską, dla Członków i ich rodzin, w godzinach od 11 do 13-tej i od 18 do 20-stej: 1) Kupony zniżkowe miejskiego teatru we Lwowie, uprawniające do nabycia biletu zniżkowego w Kasie teatralnej, w cenie po 20 gr. za jeden kupon; 2) Kupony przedpłaty biletowej teatru małego we Lwowie ze zniżką urzędniczą, które w kasie teatru małego mają wartość pieniądza, w cenie po Zł. 1.— i po Zł. 2.—. Kupony należy nabywać albo w przeddzień przedstawienia albo w dzień przedstawienia w godzinach 11 do 13.

Konkurs. Zarzad Stowarzyszenia Asystentów Uniwersytetu J. K. i Akademji Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie w myśl uchwały zapadłej na Walnem Zebraniu Stowarzyszenia w dniu 23 lutego 1928 r., ogłasza konkurs na prace naukowe z dziedzin wiedzy uprawianych na wszystkich pięciu Wydziałach Uniwersytetu J. K. oraz w Akademji Med. Wet. we Lwowie.

Warunki konkursu sa następujące:

1. Prace zgłoszone na konkurs winne być oryginalne, o charakterze badawczym (nie referatowym). Wykluczone są prace doktorskie.

2. Autorami prac nadsyłanych mogą być tylko członkowie Stowarzyszenia, którzy opłacają wkładki conajmniej od 6 miesięcy, oraz byli członkowie, którzy opłacali wkładki conajmniej 12 miesięcy. Byli członkowie mają prawo zgłaszać jedynie prace habilitacyjne.

3. Autorem każdej pracy może być jedna, lub więcej osób; każdy jednak z autorów musi odpowiadać warunkom podanym w punkcie 2.

4) Dla każdego z pięciu Wydziałów Uniwersytetu oraz Akademji Med. Wet. przypada jedna nagroda w wysokości 200 złotych.

5. Sąd konkursowy składać się będzie: a) z komisji konkursowej, której zadaniem jest naukowa ocena zgłoszonych prac (postawienie wniosku) oraz, b) z zarządu Stowarzyszenia, który rozstrzyga konkurs definitywnie.

6. Komisję konkursową powołuje zarząd, po jednej dla każdego Wydziału i jedną dla Akademji Med. Wet. Do składu jednej komisji należy trzech profesorów, uproszonych przez Zarząd, którzy mają prawo do kooptowania członków - referentów.

7. Ubiegający się o nagrodę winni złożyć wraz z podaniem prace w 2 egzemplarzach drukowanych, względnie w 2 odbitkach wykonanych sposobem mechanicznym. Wyjątkowo może Prezes Stowarzyszenia zezwolić na złożenie 2 egzemplarzy pracy napisanej pismem ręcznem.

8. Do każdej pracy winny być dołączone: a) nazwisko, imię i adres autora, b) nazwa instytutu, w którym jest asystentem.

9. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 15 października 1928 r. Miarodajna jest data stempla pocztowego.

10. Prace na konkurs należy składać względnie nadsyłać pod adresem: Dr. Leopold Jaburek, Lwów, Zakład Fizjologji, ul. Piekarska 52.

11. Szczegółowy „Regulamin Funduszu dla popierania pracy naukowej członków Stowarzyszenia Asystentów Uniwersytetu J. K. i Akademji Med. Wet. we Lwowie“ znajduje się w Sekretarjacie Stowarzyszenia (adres ten sam co w p. 10) i może służyć członkom do wglądu.

(—) *Dr. Marciniak*, przew. (—) *Dr. Leopold Jaburek*, sekr.

Poznań.

Prof. Dr. Erich Wernicke, b. dyrektor zakładu higjenicznego w Poznaniu, zmarł w Berlinie, przeżywszy lat 69. Zmarły uczony zasłużył się głównie około zwalczania błonicy i wytworzenia surowicy przeciwbłoniczej. Wspólnym badaniom Behringa i Wernickego zawdzięczamy podstawy naukowe dla uodparniania zwierząt celem otrzymania surowicy leczniczej. Habilitował się w Berlinie w 1895 r., był potem przez pewien czas profesorem nadzwyczajnym w Marburgu, od 1 kwietnia 1899—1920 dyrektorem zakładu higjeny w Poznaniu. Od r. 1903 wykładał higjenę i bakterjologję w akademji poznańskiej. O d 1921—1925 tworzył pruski instytut higjeny w Gorzewie (Landsberg) nad Wartą. Zmarły brał żywy udział w akcji zwalczania gruźlicy wśród ludności naszego miasta i zwracał uwagę na konieczność budowy higjenicznych domów mieszkalnych. Po wskrzeszeniu Polski wykładał bakterjologję i higjenę na I kursie dla lekarzy Polaków, mających objąć stanowiska lekarzy powiatowych w zachodniej Polsce.

Wilno.

Komunikat. Stosownie do uchwał II. Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, powziętych w maju b. r. w Poznaniu, Zarząd Sekcji Ginekologicznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników ogłasza tematy programowe: 1. Wczesne rozpoznawanie ciąży; 2. Rozpoznawanie i leczenie niepłodności. Zjazd odbędzie się we wrześniu 1929 roku w Wilnie. Wilno, 1 lipca 1928 roku. (—) Wł. Jakowicki, Przewodniczący Komisji. (—) W. Zaleski, Sekretarz. Korespondencję należy kierować pod adresem: Wilno, ul. Bogusławska 3.

Ze świata.

Dnia 22 sierpnia upłynęło sto lat od daty śmierci Franciszka Józefa Galla, twórcy zarzuconej hipotetycznej wiedzy frenologicznej. Gall był synem kupca w Tiefenbron pod Pforzheimem. Urodził się 9 marca 1758; w 19 roku życia wstąpił na wydział lekarski w Strasburgu, w 23-m przeniósł się do Wiednia, gdzie uzyskał dyplom w r. 1785 i wkrótce zasłynął jako wzięty lekarz we Wiedniu. Obok praktyki zajmował się anatomją mózgu i kefaloskopją i wynikami swoich studjów dzielił się w wykładach prywatnych. Wychodził z założenia, że zarówno jak dla poszczególnych czynności ciała, tak i dla władz psychicznych istnieją w mózgu specjalne ośrodki, które układają się na powierzchni mózgu i zależnie od stopnia swojego rozwoju tworzą w odpowiednich miejscach na czaszce wyniosłości lub zagłębienia, które można wymacać i w ten sposób nabrać pojęcia o umysłowem i moralnem uzdolnieniu człowieka. Gal określił 27 cech na czaszce,które miały świadczyć o takich cechach charakteru jak: miłość do dzieci, towarzyskość, duma, zbrodniczość, odwaga, swarliwość, pycha, zarozumiałość, łagodność, dowcip, ostrożność, głębokość umysłu, stanowczość, poetyczność, naśladownictwo, zdolność zapamiętywania nazw, miejsca, osób, wyrazów, przedmiotów, tonów, cyfr, — zdolności artystyczne, budowlane, metafizyczne, teozoficzne i t. d.

Nauka ta zyskała sobie licznych zwolenników we Wiedniu, ale w r. 1802 uprawianie jej„ demostrowanie i rozpowszechnianie zostało wzbronione dekretem cesarskim, jako podkopujące uczucia wiernopoddańcze, „prowadzące do materjalizmu i obalające zasady moralności i religji“. Ten zakaz wsławił imię Galla na całym świecie, znalazł on nawet w osobie Krzysztofa Spurzheima, zdolnego anatoma i przyrodnika, gorliwego współpracownika.

W r. 1805 Gall opuszcza Wiedeń i udaje się do Niemiec, Danji, Szwarcarji i Holandji, gdzie uzupełnia swe poszukiwania w więzieniach i domach dla obłąkanych i wygłasza swą teorję i w r. 1810 ogłasza swoją „Organologję“, tak bowiem nazwał swoją naukę. Wtedy zaczęły pojawiać się krytyki naukowe przychylne i nieprzychylne, na które znów autor odpowiadał; stanowczo jednak miał on więcej przeciwników niż zwolenników. W r. 1807 udaje się Gall do Paryża gdzie również zyskuje sobie szybko rozgłos wziętego praktyka,a jednocześnie pracuje naukowo jako anatom. W r. 1808 ogłasza „Recherches sur le système nerveux en général et sur celui du cerveau en particulièr“. Komisja jednak pracę tę odrzuciła, wskutek czego jego kraniologja poniosła ostateczne fiasko. Pomimo to Spurzheim stara się w dalszym ciągu nadać podstawy naukowe dla „kranioskopji i frenologji“, jedzie do Anglji i Ameryki, stara się pozyskać dla nich zwolenników w szerokich kołach i zakłada w licznych miastach towarzystwa frenologiczne; powstaje nawet w Edinburgu specjalne pismo, poświęcone frenologji, pod redakcją Combea i Watsona.

I Gall sam nie traci zapału: ogłasza jedno dzieło za drugiem i wreszcie w latach 1822—1825 publikuje 6-cio tomowe dzieło p. t. „Sur les fonctions du cerveau avec des observations sur la possibilité de reconnaître les instincts, les talents ou les dispositions morales et des animeaux par la configuration de leur cerveau et de leur tête“.

Chociaż Gall w systemie swej organologji na wielu punktach błądził, to jednak ma niewątpliwą zasługę, że pierwszy wykazał, że umiejscowienia czynności psychicznych należy się doszukiwać w zwojach mózgowych, gdy istota rdzeniowa stanowi tylko układ przewodniczący i projekcyjny. W latach sześćdziesiątych XIX w. Broca odkrywa na drodze kliniczno - patologicznej ośrodek mowy, tak przez niego nazwany, i tem obala pogląd Flourensa, że kora mózgowa jest jednolita i do czynności psychicznych wszędzie w równym stopniu zdolna . Dalsze poszukiwania Meynerta o różniczkowaniu istoty korowej Fritscha i Hitziga, którzy wykazali zapomocą drażnienia elektrycznego obnażonej kory mózgowej u psów, że drażnienie określonych miejsc mózgu wywołuje określone ruchy, a zniszczenie tych miejsc — porażenie układu mięśniowego, dalej powtórzenie tych doświadczeń na ludziach podczas operacji przez Fedora Krausego, Victora Horsleya i Sherringtona, a także epokowe badania K. Brodmanna nad budową drobnowidzową kory mózgowej — wykazały, że w nauce Galla mieściło się jednak źdźbło prawdy, a niezaprzeczalnie wielkiem odkryciem w dziedzinie anatomji mózgu było dowiedzenie włóknistej budowy istoty rdzeniowej i skrzyżowanie piramid. Gall może być również uznany za twórcę antropologji kryminalnej.

22 sierpnia 1828 Gall zmarł w Paryżu w 70 r. życia na skutek apopleksji, której uległ 4 kwietnia tegoż roku, i która spowodowała prawostronne porażenie z zaburzeniem mowy.

W historji medycyny Gall zalicza się do najciekawszych osobistości z końca 18-go i pierwszej części 19-go stulecia.

Według Warsz. Czas. Lek. Nr. 29, 1928 r.

III Zjazd niemieckiego Towarzystwa dla zwalczania reumatyzmu odbędzie się w Berlinie pod przewodnictwem tajnego st. radcy medycynalnego prof. Dr. Dietricha. Przedmiotem Zjazdu ma być Klinika chorób reumatycznych. W tym celu odbędą się w rozmaitych klinikach Berlińskich połączone z demonstracjami wykłady o chorobach reumatycznych i ich stosunku do rozmaitych gałęzi medycyny. Wykłady takie zapowiedzieli już profesorowie: Adrion, von Bergmann, Bier, Gocht, Gudzent, J. Kroner, Krückmann, Laquer, Strassmann, Strauss, Weingärtner i Zimmer.

44. Kongres Balneologiczny odbędzie sie w Berlinie w czasie od 25—27 stycznia 1929 roku. Głównym tematem Zjazdu będzie: „Nauka i badania w balneologji“. Wykłady swe zgłosili już najwybitniejsi przedstawiciele balneologji niemieckiej.

Redakcja otrzymała:

Henryk Safian: Stan sanitarny powiatu Biłgorajskiego (dziesięciolecie (1918 — 1928) działalności władz sanitarnych na terenie powiatu. Biłgoraj 1928. Nakładem Wydziału powiatowego w Biłgoraju.

Dr. Cabanès: „La göutte et l'humour“. Edition de la Pipérazine Midy. Paris.

Medizinisches Seminar — Neue Folge — wydany przez: „Wisseschaftlicher Ausschuss des Wiener medizinischen Doktorenkollegium“. Nakładem firmy Julius Springer. Wien 1928.

Maks. Blassberg. „Psychotechnika w tramwajnictwie“. Odbitka z Przeglądu elektrotechnicznego. Zeszyt 10/1928. Warszawa 1928.

W. Grzywo-Dąbrowski. „Lekarz-biegły według nowego kodeksu postępowania karnego“. Nakł. „Gazety administracji i Policji Państwowej“. Warszawa 1928.

W. Grzywo-Dąbrowski. „Regularność a samobójstwo u kobiet“. Warszawa 1928.